

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ АУТОАГРЕСИВНОЇ
ПОВЕДІНКИ ПРИ ПЕРВИННОМУ ПСИХОТИЧНОМУ ЕПІЗОДІ****Вищий державний навчальний заклад України****«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)****liliya_polt@mail.ru**

Стаття є фрагментом науково-дослідної теми «Клініко-психопатологічні дослідження та оптимізація лікувальних і реабілітаційно-профілактичних заходів за умов різних психічних розладів з урахуванням геліо-метеофакторів та біологічних ритмів», № державної реєстрації 0115U000839.

Останнім часом підвищений інтерес дослідники виявляють до питань ранньої діагностики, клініко-психопатологічної феноменології первинного психотичного епізоду (ППЕ), який в сучасних концепціях визначений як тяжкий психічний розлад із порушенням єдності та цілісності психічних функцій, неадекватністю поведінки та складається з трьох основних груп симптомів: позитивних, негативних та нейрокогнітивних. Встановлено, що раннє терапевтичне втручання впливає на нейробіологічні механізми розвитку патології, призводить до зниження тяжкості захворювання, забезпечує прискорення настання ремісії, знижує ризик розвитку когнітивного дефіциту та суїцидальної поведінки, що забезпечує відновлення соціального функціонування, запобігає хронізації патології, зменшує кількість госпіталізацій та їх тривалість, сприяє збереженню родинних зв'язків і зменшує тягар на суспільство в цілому [9, 11].

Дані останніх досліджень свідчать, що найбільший ризик виникнення аутоагресивної поведінки відмічається при маніфесті гострого поліморфного психотичного розладу та параноїдної форми шизофренії [1]. Початок першого психотичного епізоду припадає, як правило, на молодий вік, що порушує суспільну, професійну та сімейну активність, формує значний тягар для родини та суспільства. Виконані дослідження показали, що із всіх пацієнтів з першим психотичним епізодом лише 30-40% у майбутньому відповідатимуть критеріям шизофренії. Така концепція враховує ятрогенний ефект діагнозу і його вплив на саногенний потенціал. У зв'язку з гетерогенністю психотичних проявів перебіг та виходи першого психотичного епізоду є дуже варіабельними [18, 19].

Використання етапного підходу дозволяє більш фокусно реалізувати фармакологічні та психосоціальні втручання. Передпсихотичний етап є станом надвисокого ризику, який, з одного боку, включає у себе категорію продрому, що передбачає облігатну трансформацію у психоз, а з іншого – є більш широким

терміном, що визначає різні виходи. У структурі даного етапу найчастіше виявляються продромальні прояви, що включають психопатологічні та характерологічні зміни. До першого блоку належать порушення мислення (динамічні, структурні, семантичні), ефекторно-вольової сфери (немотивовані поступки, рухове збудження), емоційні розлади (немотивовані страхи, недобррозичливе ставлення до близьких), розлади сприйняття (ілюзії, метаморфопсії, галюцинації). Характерологічні зміни проявляються у вигляді наявних преморбідних рис: апатії, замкненості, безініціативності, пасивної підкорюваності [9, 20].

Період власне психотичний епізод є етапом, коли більшість пацієнтів потрапляють у поле зору психіатрів. Найчастішими у хворих є такі симптоми: відсутність усвідомлення свого стану, ідеї відношення, підозрлість, маячний настрій, відчуження думок, звучання думок. Типова синдромальна структура маніфестного психотичного приступу проявляється галюцинаторно-параноїдним, параноїдним, депресивно-параноїдним, маніакально-параноїдним синдромами. У хворих з першим психотичним епізодом виявляється реєструється погіршення когнітивних функцій: уваги, вербальної та робочої пам'яті, виконавських функцій, що поєднуються з локальними змінами об'єму головного мозку [22].

Відновлювальна стадія ППЕ є вирішальним етапом відновлення соціального функціонування, тривалість її складає до 5 років. На цьому етапі особливого значення набуває постійна та наполеглива біопсихосоціальна допомога, оскільки саме у цей час проявляються такі негативні наслідки психозу, як рецидив, суїцидальні спроби або інвалідизація [10, 21].

Спостереження хворих у періоді власне психотичного епізоду передбачає вивчення аутоагресивної поведінки, яка визначається у 50-60 % хворих [10]. Встановлено, що аутоагресивні тенденції супроводжуються боротьбою вітальних і антивітальних, деструктивних мотивів, які базуються на особистісній установці, причому передбачити наслідки цієї боротьби неможливо. В одному випадку може перемогти вітальний мотив (почуття обов'язку перед рідними, дітьми), тоді розвиток суїцидальної поведінки призупиниться або цілком припиниться, і навіпаки — будь-яка подія може зіграти роль детонатора

і підштовхнути до здійснення задуму покінчити з життям [2].

Розподіл способів суїциду в залежності від статі демонструє, що жінки частіше скоюють самогубства шляхом самоотруєння (12,5%), тоді як у чоловіків переважають високотравматичні способи самогубств: колото-різані поранення грудної та брюшної порожнин (11,6%), самоповішення (7,7%), самопорізи (7,7%) і комбіновані способи (7,7%) [13,17].

Не можна не відмітити у частини хворих на первинний психотичний епізод наявності несуйцидальних самопошкоджень, які суттєво відрізняються від істинної аутоагресії. Для даної когорти хворих характерні, в першу чергу, непослідовність та безглуздість самопошкоджень, вичурність та паралогічність мотивів до таких дій, котрі є одними з перших проявів ППЕ і, відповідно, причинами звернення за психіатричною допомогою. Всі несуйцидальні самопошкодження мають вторинний характер відносно тих чи інших психопатологічних симптомів та синдромів.

За даними К.В. Гузенко, В.Я. Пишеля, М.Ю. Поливяної (2009), у 25% хворих виявлялася несуйцидальна агресія на фоні галюцинаторно-маячної симптоматики. При цьому пацієнти слідували наказам імперативних «голосів», намагались ослабити їх інтенсивність або протидіяти шляхом викривлених «протестних» реакцій. Тяжкі аутоагресивні дії на висоті галюцинаторної чи маячної симптоматики наносились одноразово, в той же час самопошкодження середнього та легкого ступеня здійснювались багаторазово на фоні послаблення психотичних проявів. У відповідності із різною фабулою маячення самопошкодження здійснювались, наприклад, з метою звільнення від несприятливого «впливу», переслідування або від чогось, чим «одержиме тіло» хворого, також для підкреслення «особливого значення» пацієнта, позбавлення від «захворювання» чи «виправлення дефекту» [3].

У проведенні медикаментозної терапії у хворих з аутоагресивною поведінкою при первинному психотичному епізоді виділяють 3 етапи.

Перший етап – купірування гострої психотичної симптоматики і нормалізацію поведінки хворого – починається відразу ж після встановлення діагнозу і закінчується встановленням клінічної ремісії. Цей етап, зазвичай, продовжується від 6 до 8 тижнів.

Другий етап – стабілізації – полягає в продовженні ефективної антипсихотичної терапії аж до досягнення ремісії з повною або значною редукцією продуктивної симптоматики та відновленні, по можливості, колишнього рівня соціальної адаптації хворого. Етап може тривати до 6 місяців від початку гострої фази захворювання.

Наступний етап терапії – підтримуючий. Цей етап включає збереження досягнутої редукції психотичної симптоматики, вплив на негативні і когнітивні розлади, забезпечення протирецидивного ефекту, тобто підтримку стійкої ремісії, а також збереження або відновлення більш високого рівня соціального функціонування хворого. Підтримуюча терапія може тривати довго, але не менше 1 року, щоб можна було оцінити її ефективність, і визначається активністю процесу [12].

При існуючих схемах лікування повторні епізоди виникають протягом першого року в 57-67 %, а повторні – протягом 5 років в 69-95,5 % випадків. Кожний наступний психотичний епізод, окрім значних затрат у разі стаціонарного лікування, призводить до прогресування хвороби, суттєвого погіршення когнітивних функцій пацієнта, і в результаті – до ранньої інвалідизації. Майже 75 % хворих стають інвалідами протягом 3 років після першого психотичного епізоду і 83% хворих потребують повної соціальної підтримки на протязі 5 років після першого психотичного епізоду [6].

Встановлено, що більшість випадків повторних госпіталізацій протягом короткого проміжку часу обумовлено некомплайєнтною поведінкою пацієнтів з їх повною відмовою чи нерегулярним прийомом підтримуючого лікування. Факторами ризику некомплайєнтної поведінки хворих після виписки є чоловіча стать, більш ранній початок захворювання (у чоловіків), самотнє проживання [16].

Процес психосоціальної реабілітації може бути початий на будь-якому етапі надання психіатричної допомоги – поза загостреннями, але якомога раніше після тамування гострих проявів психічного розладу. Чим раніше по відношенню до початку захворювання починаються психосоціальні заходи, тим скоріше можна розраховувати на сприятливий прогноз. Психосоціальні втручання повинні бути, по-перше, диференційовані та направлені на досягнення певної мети, та, по-друге, обмежені в часі. Відсутність структурованості та невизначеність в часі робить психосоціальне втручання менш ефективним. Психосоціальна реабілітація здійснюється на різних рівнях та включає такі форми психотерапії, як індивідуальна, групова, робота з сім'єю [5]. Сучасними дослідженнями доведено ефективність включення арт-терапії у комплексне лікування пацієнтів із першим психотичним епізодом, що підтвердилось даними динамічного аналізу клініко-психопатологічних порушень [4].

Наукові дослідження останніх років свідчать про важливу роль порушень біологічних ритмів у виникненні та перебігу різних захворювань, в тому числі й психічних. Стан біологічної ритміки у хворих на різну патологію, в тому числі, й психічні розлади, досить активно досліджувався, причому сучасні хрономедичні дослідження свідчать про те, що різноманітні патологічні процеси в організмі людини супроводжуються явищами десинхронозу, а сама біоритмологічна дезадаптація є однією з причин розвитку виражених патологічних змін. Однією з найбільш вивчених є циркадіанна організація фізіологічних функцій людини, синхронізована зі зміною дня та ночі (світло – темрява), що має властивості саморегуляції та є високочутливою до будь-якого стресового впливу. Так, дослідження циркадіанної ритміки у пацієнтів з різними психічними захворюваннями (переважно афективного регістру) виявили у них виражені прояви зовнішнього та внутрішнього десинхронозу. При цьому зовнішній десинхроноз полягав у незбігу об'єктивних показників з суб'єктивною оцінкою, а неузгодженість циркадіанної ритміки окремих фізіологічних функцій складала прояви внутрішнього десинхронозу [7,8].

Існують наукові роботи, в яких доводиться роль сезону року, як значущого фактора оточуючого середовища, що впливає на ініціацію та подальшу динаміку депресивних порушень, а також частоту самогубств та суїцидальних спроб. Доведено кореляцію сезонних піків суїцидальної активності з частотою депресій, які в аспекті хрономедицини є наслідком хронобіологічного дефекту у вигляді фазового неузгодження колодобових ритмів на рівні ритмогенних центрів супрахізматичних та паравентрикулярних ядер, епіфізу та гіпокампу. Максимальна частота завершених суїцидів припадає на весняні місяці, дещо знижується взимку та літом і знову підвищується восени, що відповідає періоду найбільш критичних перепадів геліогеометорологічних факторів. Однак, у осіб у віці до 20 років найбільша кількість самогубств спостерігається, навіпаки, взимку та літом, що, можливо, відбиває вікові функціональні особливості епіфізарно-гіпофізарних нейромедіаторних процесів [13].

З метою корекції психічних розладів, пов'язаних з геліогеофізичними факторами та біологічними ритмами, розробляються та успішно використовуються хронотерапевтичні методи. Їх загальні положення ґрунтуються на засадах комплексного хрономедичного підходу, який передбачає послідовний взаємозв'язок трьох етапів: хронодіагностики, безпосередньо хронотерапії та хронопрофілактики. На етапі безпосередньо хронотерапії використовують традиційні схеми, що враховують хронотипологічні особливості в залежності від індивідуального біоритмологічного типу. Її загальним теоретичним підґрунтям є положення про те, що організм в різний період доби є різною біологічною, біохімічною та фізіологічною системою. Хронопрофілактичні заходи, як правило, базуються на поєднаному врахуванні циркадіанної та цирканнуальної залежності певного психічного розладу з відповідним плануванням та проведенням превентивної програми згідно з індивідуальним біоритмологічним статусом пацієнта в періоди найбільшого

цирканнуального ризику для даної психічної патології [8,14].

Науковими дослідженнями останніх років достовірно доведено вплив біологічних ритмів на розвиток, клінічну картину та ефективність терапевтичних заходів при афективних розладах, неврозах, хронічному алкоголізмі, гострих та хронічних алкогольних методах лікування, особливо при застосуванні немедикаментозних методів, доцільно проводити комплекс лікувальних міроприємств з урахуванням біоритмологічного статусу хворого. За даними останніх досліджень це у 82,59% випадків обумовлює позитивну терапевтичну динаміку стану в короткі терміни, що знижує потребу в додаткових медикаментах, ліжкоднях і дає значний економічний результат [15]. Але при цьому в сучасних дослідженнях не висвітлено питання, щодо вивчення першого психічного епізоду та аутоагресивної поведінки при ньому з урахуванням індивідуальних біоритмологічних статусів хворих.

Таким чином, аналіз літератури свідчить про те, що вивчення патогенетичних механізмів, клінічних аспектів та розробка лікувально-реабілітаційних заходів аутоагресивної поведінки при первинному психічному епізоді є об'єктом пильної уваги науковців та практичних лікарів. Однак, потребують подальшого вивчення хронобіологічні аспекти аутоагресії, враховуючи той факт, що багато патологічних процесів в організмі супроводжуються десинхронозом, а неузгодженість ритмів, в свою чергу, є однією з причин розвитку патологічних змін.

Перспективним напрямком наукових досліджень є вивчення клініко-психопатологічних особливостей аутоагресивної поведінки при першому психічному епізоді на засадах медичної біоритмології, що сприятиме не тільки фундаменталізації психіатричних досліджень в напрямку доказової медицини, а й можливого наближенню терапії та профілактики психічних розладів до первинних патогенетичних ланок.

Література

1. Бачериков А.М. Аутоагресивна поведінка у хворих з першим психічним епізодом (діагностика, клініка, лікування) / А.М.Бачериков, І.Г.Мудренко // Український вісник психоневрології. - 2007. - Т. 15, вип. 3 (52). - С. 30-33.
2. Бачериков А.М. Психологічні предиктори суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади / А.М. Бачериков, Т.В.Ткаченко // Український вісник психоневрології. - 2007. - Т. 15, вип. 1(50), додаток. - С. 154—155.
3. Гузенко К.В. Особенности деструктивного поведения пациентов перенесших первый психотический эпизод / К.В. Гузенко, В.Я. Пишель, М.Ю. Польшваная // Таврический журнал психиатрии. - 2009. - Т. 13, № 2 (47). - С. 54-62.
4. Гуменюк Л.Н. Динамический анализ клинико-психопатологических нарушений у больных с первым психотическим эпизодом под воздействием арт-терапии / Л.Н. Гуменюк, А.А. Савин // Український вісник психоневрології. - 2012. - Т. 20, вип. 3 (72). - С. 25-28.
5. Демченко В.А. Клинические аспекты психосоциальной реабилитации при первичном психотическом эпизоде / В.А. Демченко, В.В. Зозуля, С.В. Пономарев // Український вісник психоневрології. - 2009. - Т. 17, вип. 2 (59). - С. 94-96.
6. Демченко В.А. Відділення первинного психічного епізоду — практичний досвід організації / В.А. Демченко, Н.В. Царенюк, В.В. Зозуля, С.О. Маляров // Український вісник психоневрології. - 2009. - Т. 17, вип. 1 (58). - С. 41-43.
7. Денек М.А. Эпидемиология, клиника и лечение острых алкогольных психозов с учетом гелиогеофизических факторов и биологических ритмов / М.А. Денек, А.Н. Скрипников, Е.Г. Сонник. - Полтава, 2005. - 193 с.
8. Комаров Ф.И. Хронобиология и хрономедицина: Руководство / Ф. И. Комаров. - М. : Медицина, 1989. - 400 с.
9. Марута Н.О. Перший епізод шизофренії (сучасні принципи діагностики та лікування): Методичні рекомендації / Н.О. Марута, А.М.Бачериков. - Харків, 2001. - 20 с.
10. Марута Н.А. Особенности манифеста различных форм шизофрении (диагностика и принципы терапии) / Н.А.Марута, А.Н.Бачериков // Международный медицинский журнал. - 2002. - Т. 8, № 1-2. - С. 46-52.
11. Марута Н.О. Перший епізод психозу (діагностика, лікування, організація допомоги) / Н.О. Марута // Український вісник психоневрології. - 2007. - Т. 15, № 1 (50). - С. 21-24.
12. Пилягина Г.Я. Принципы неотложной психотерапии аутоагрессивного поведения / Г.Я. Пилягина // Таврический журнал психиатрии. - 2003. - № 4 (25). - С. 2-6.

13. Рудь В.О. Дослідження циркадіанного десинхронозу у суїцидентів / В.О. Рудь, Ю.О. Фисун // Український вісник психоневрології. - 2010. - Т. 18, вип. 2 (63). - С. 74-77.
14. Сонник Г.Т. Досвід та перспективи розвитку хронобіологічних досліджень у вивченні афективної психічної патології / Г.Т. Сонник, А.М. Скрипников, В.О. Рудь // Український вісник психоневрології - Т. 18, вип. 3 (64) - 2010. - С. 54-56.
15. Сонник Г.Т. Биоритмологические исследования в психиатрии: состояние и перспективы развития / Т. Г. Сонник, А. Н. Скрипников, В. А. Рудь // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология - 2012. - № 1. - С. 89-95.
16. Ушенин С.Г. Предрасполагающие факторы некомплайентного поведения у больных с первым психотическим эпизодом / С.Г. Ушенин // Український вісник психоневрології. - 2007. - Т. 15, вип. 4 (53). - С. 74-76.
17. Юрьева Л.Ю. Клиническая суицидология / Л. Ю. Юрьева. – Днепропетровск : Пороги. - 2006. - 472 с.
18. Harkavy-Friedman J.M. Can early detection of psychosis prevent suicidal behavior? / J.M. Harkavy-Friedman // Am. J. Psychiatry. - 2006. - Vol. 163, Suppl. 5. - P. 768-770.
19. Johannessen J.O. First-episode psychosis patients recruited into treatment via early detection teams versus ordinary pathways: course, outcome and health service use during first 2 years / J.O. Johannessen, S. Friis // T. Early Intervention in Psychiatry. - 2007. - Vol.1. - P. 40-48.
20. Lester H. Early intervention for first episode psychosis / H. Lester // British Journal of Psychiatry. - 2004. - Vol. 328, №.6. - P. 1451-1452.
21. Melle I. Early Detection of the First Episode of Schizophrenia and Suicidal Behavior / I. Melle, J.O. Johannessen, S. Friis // Am. J. Psychiatry. - 2006. - Vol. 163. - P. 800-804.
22. McGorry P. D. Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages / P. D. McGorry // Med. J. Aust. - 2007. - Vol. 187, Suppl. 7. - P. 8-14.

УДК 616.89-008-036.19-07/085

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ПЕРВИННОМУ ПСИХОТИЧНОМУ ЕПІЗОДІ

Животовська Л.В., Скрипников А.М., Бойко Д.І.

Резюме. У статті представлений огляд літературних джерел про формування, особливості клінічних проявів та психосоціальної реабілітації аутоагресивної поведінки при першому психотичному епізоді, впливу біологічних ритмів на розвиток психічної патології. Питання першого психотичного епізоду, а також аутоагресивної поведінки при ньому є об'єктом пильної уваги в сучасній психіатрії, проте недостатньо вивченими залишаються аспекти впливу біологічних ритмів на умови їх виникнення та перебіг захворювання. Подальше вивчення біоритмологічного аспекту формування аутоагресивної поведінки при першому психотичному епізоді дозволить якісно покращити діагностичні, лікувальні та профілактичні заходи.

Ключові слова: перший психотичний епізод, аутоагресивна поведінка, біологічні ритми.

УДК 616.89-008-036.19-07/085

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ

Животовская Л.В., Скрипников А.Н., Бойко Д.И.

Резюме. В статье представлен обзор литературных источников о формировании, особенностях клинических проявлений и психосоциальной реабилитации аутоагрессивного поведения при первом психотическом эпизоде, влиянии биологических ритмов на развитие психической патологии. Вопрос первого психотического эпизода, а также аутоагрессивного поведения при нем является объектом пристального внимания в современной психиатрии, однако недостаточно изученными остаются аспекты влияния биологических ритмов на условия их возникновения и течение заболевания. Дальнейшее изучение биоритмологического аспекта формирования аутоагрессивного поведения при первом психотическом эпизоде позволит качественно улучшить диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.

Ключевые слова: первый психотический эпизод, аутоагрессивное поведение, биологические ритмы.

UDC 616.89-008-036.19-07/085

Modern Aspects of Diagnosis and Therapy Autoaggressive Conduct during the First Psychotic Episode

Zhyvotovska L.V., Skrypnikov A.M., Boiko D. I.

Abstract. The first psychotic episode is a serious disorder that manifests at a young age. In today's presentation it can be divided into three stages: primary, actually psychosis and replacement. The first stage is a stage of high risk and includes psychopathological and characterological change: impaired thinking, violation of effector-volitional, emotional abuse, disorders of perception. The second stage - the stage of actual mental disorder, which often appears paranoid, hallucinatory-paranoid, depressive, manic or paranoid paranoid syndrome. The third stage is reduced social functioning, ongoing biopsychosocial help prevent relapse, repeated suicide attempts, disability. The second stage is formed in many patients autoaggressive behavior.

Modern research has shown that autoaggressive behavior occurs most often when the manifest acute polymorphic psychotic disorder and paranoid schizophrenia. In some patients experiencing suicidal tendencies arising out productive psychotic symptoms. Such patients follow their behavior delusional plot or carry out orders peremptory "votes." Women are more likely to commit suicide by self-poisoning (12.5%), while men dominated traumatic ways of suicide: stab wound of the chest and abdominal cavities (11.6%), hanging (7.7%), samoporizy (7.7 %) and combined methods.

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

In the treatment process can also be divided into three stages. In some patients marked aggression against the background of hallucinatory-paranoid syndrome, for example, to release the persecution of any outside influence, correct "disease or defect."

In conducting drug therapy in patients with aggressive behavior in primary psychotic episode distinguish 3 stages. The first stage - the relief of acute psychotic symptoms and normalization of the patient's behavior - begins immediately after diagnosis and ends with the establishment of clinical remission. This stage usually lasts 6 to 8 weeks. The second stage - stabilization - is to continue effective antipsychotic therapy until the complete remission or significant reduction of productive symptoms and recovery, if possible, a former social adaptation of the patient. The stage can last up to 6 months of acute phase of the disease. The second stage - stabilization - is to continue effective antipsychotic therapy until the complete remission or significant reduction of productive symptoms and recovery, if possible, a former social adaptation of the patient. The stage can last up to 6 months of acute phase of the disease.

With the current treatment regimens recurrent episodes occur during the first year in 57-67%, and secondary - for 5 years in 69-95,5% of cases. Each subsequent psychotic episode, in addition to significant expenses in case of hospital treatment, leads to disease progression, significant deterioration of cognitive functions of the patient, and as a result - to early disability. Almost 75% of patients are disabled for 3 years after the first psychotic episode and 83% of patients require full social support for 5 years after the first psychotic episode.

At the same time, there are many studies on the impact of biological rhythms on the formation of mental disorders: a link between the seasons and exacerbations, treatment regimens are designed with individual biorhythmological status of patients. But autoaggressive behavior during the first psychotic episode in terms of biological rhythms studied not enough. Therefore, the authors believe that further study of this issue will significantly improve the diagnostic and therapeutic and preventive measures in the first psychotic episode.

Keywords: the first psychotic episode, autoaggressive behavior, biological rhythms.

Рецензент – проф. Сонник Г.Т.

Стаття надійшла 04.06.2015 р.