

лу пору року відповідно $0,072 \pm 0,003$ % вдома і $0,068 \pm 0,003$ % у школі, або в більшості випадків відповідала санітарно-гігієнічним вимогам, або в незначній мірі перевищувала гранично допустимі величини.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Дані оцінки житлово-побутових умов та внутрішньошкільних аспектів організації життєдіяльності учнів, отримані в ході досліджень, надали можливість зробити висновок про переважно сприятливі умови постійного перебування школярів, які навчались у старших класах сучасної школи.

2. Оцінюючи мікрокліматичні параметри внутрішньошкільного, необхідно зазначити, що протягом осінньо-зимового періоду показники температурного режиму навчальних приміщень досить часто не досягали нормативних значень.

3. Рівень природного освітлення в домашніх приміщеннях, де підлітки виконували домашні завдання, та в навчальних кімнатах в школі не в повній мірі відповідав гігієнічним вимогам. Так, світловий коефіцієнт у більшості домашніх приміщень складав 1:6 - 1:7, у більшості класних приміщень - 1:5 - 1:6, коефіцієнт природного освітлення на робочому місці вдома та в школах у зимовий період складав в середньому відповідно $1,24 \pm 0,04\%$ та $1,23 \pm 0,05\%$.

4. Особливості умов переважного перебування дітей та підлітків у домашніх та шкільних приміщеннях справляють значний вплив на формування рівня здоров'я підростаючого покоління. Таким чином, дослідження параметрів температурно-вологісного режиму приміщень, рівня природного та штучного освітлення, ефективності вентиляції та інших параметрів організації життєдіяльності учнів має бути обов'язковим компонентом наукових досліджень у галузі гігієни дітей та підлітків.

Список літератури

- Гігієна та екологія; за ред. В.Г.Бардова. - Вінниця: Нова Книга, 2007. - 724с.
- Кучма В.Р. Задачи гигиены детей и подростков в свете Федерального Закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" //В.Р.Кучма //Гигиена и санитария. - 2000. - №1. - С. 36-40.
- Медико-педагогічні проблеми організації навчання дітей та підлітків в сучасних типах загальноосвітніх установ /А.Г.Глушченко, Н.С.Полька, О.П.Івахно [та ін.] //Актуальные проблемы гигиены детей и подростков. - Харьков, 1995. - С. 46-48.
- Научно-методические основы изучения адаптации детей и подростков к условиям жизнедеятельности; под ред. В.Р.Кучмы, Л.М.Сухаревой. - М.: Изд-во Научного центра Здоровья Детей РАМН, 2006. - 238 с.
- Періг А.В. Вплив умов навчального процесу на стан здоров'я школярів / А.В.Періг, В.О.Паничев, С.Б.Могилич //Другі марзеевські читання: Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України. - Київ, 2006. - С. 148-150.
- Сердюковская Г.Н. Гигиенические проблемы охраны здоровья подрастающего поколения /Г.Н.Сердюковская //Гигиена и санитария. - 1992. - №4. - С. 24-28.
- Yunes J. Children's health in the developing world: much remains to be done / J.Yunes, C.Chelala, N.Blaistein // World Health Forum. - 1994. - Vol.15, №1. - P. 73-76.

Браткова О.Ю.

ОЦЕНКА САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ПРЕБЫВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ В ДОМАШНИХ И ШКОЛЬНЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ

Резюме. Во время исследований была проведена гигиеническая оценка санитарно-гигиенических условий учебной и внеучебной деятельности школьников в школьных и домашних помещениях.

Ключевые слова: микроклимат, освещение, подростки.

Bratkova O.Y.

RESEARCH SANITARY AND HYGIENIC CONDITIONS OF STAY CONTEMPORARY ADOLESCENTS IN HOME AND SCHOOL AREAS

Summary. In the course of the research hygienic assessment of sanitary conditions of the educational and extracurricular activities of students in the schools and in the home areas was performed.

Key words: microclimate, lighting, adolescents.

Стаття надійшла до редакції 07.12.2012р.

© Кульчицька О.М.

УДК: 616.34:504.03:613.8

Кульчицька О.М.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра внутрішньої медицини №1 (вул. Пирогова 56, м.Вінниця, Україна, 21018)

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ЧИННИКІВ ТА СПОСОБУ ЖИТТЯ НА ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

Резюме. В статті представлені результати вивчення впливу соціальних чинників і способу життя на розвиток синдрому подразненого кишечника (СПК). Обстежено 100 хворих з СПК і 110 практично здорових осіб групи контролю, зіставних за статтю та віком. За даними кореляційного аналізу виявлено зв'язок між захворюваністю СПК і рядом соціальних чинників.

Виявлено тісний зв'язок між сімейним і соціальним статусом, задоволеністю мікросоціальними стосунками і розвитком СПК. Наявність СПК позитивно корелює з поганими взаєминами в колективі, з близькими і друзями, незадовільними житловими умовами і матеріальним станом, присутністю стресів в робочий час. З виникненням СПК також позитивно корелюють: прийом їжі в установах громадського харчування, нерегулярне харчування, наявність харчових отруень і незадоволеність харчуванням.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, соціально-економічні чинники, спосіб життя.

Вступ

В останні роки темпи зростання захворюваності на синдром подразненого кишечника (СПК) у всьому світі стрімко збільшуються Коновалова, 2011 і за останніми даними кількість хворих на СПК складає від 15,0% до 20,0% населення в різних країнах Вдовиченко, Пасічна, 2011. За іншими даними, СПК зустрічається більше ніж у 60,0% населення, проте чітко визначити поширеність даної патології неможливо, адже 2/3 пацієнтів не звертаються за медичною допомогою Дорофеев, Рассохина, 2011. Хворіють частіше жінки, проте, на думку деяких авторів, соціальний статус більшою мірою визначає частоту звертання з приводу симптомів СПК ніж статеві приналежність Дорофеев, Рассохина, 2011. Пік захворюваності припадає на молодий працездатний вік, що спричиняє великі економічні збитки для суспільства як за прямими (витрати на медичне обслуговування та лікування) так і за непрямими показниками (компенсація тимчасової непрацездатності) Чернявський, Козлов, 2011.

Відповідно до Римських критеріїв III, СПК трактується як рецидивуючий абдомінальний біль/дискомфорт (неприємне відчуття, що не можна описати як біль), що турбує не менше 3-х днів на місяць протягом останніх 12 тижнів у поєднанні, як мінімум, з двома із наступних симптомів: 1) зменшення інтенсивності після дефекації; 2) зв'язок зі змінами частоти стільця; 3) зв'язок зі зміною форми (консистенції) випорожнень. При цьому загальна тривалість захворювання до встановлення діагнозу повинна складати 6 місяців. Виділяють наступні типи СПК в залежності від консистенції випорожнень (згідно Бристольської шкали калу): СПК з закрепом (IBS-C), СПК з діареєю (IBS-D), змішана форма (IBS-M) і недиференційована (unsubtyped) форма СПК [Ткач, Передерий, 2011].

СПК - поліетіологічне захворювання з складним патогенезом, багаточисельні ланки якого досі активно вивчаються і уточнюються Коновалова, 2011. Пусковим механізмом розвитку хвороби вважається стресовий стан, що зазвичай розвивається внаслідок негативного впливу несприятливих соціально-економічних чинників та способу життя Jamali, 2012; Khan et al., 2012. Незадовільні соціально-побутові умови, сімейні конфлікти, відсутність активного відпочинку призводить до того, що людина перебуває у стані "хронічного стресу" без можливості уникнення психотравмуючих ситуацій, що в кінцевому результаті призводить до виснаження механізмів адаптації та розвитку хвороби Tomic-Golubovic, 2010. Поглиблене вивчення природи такого впливу - один із найважливіших напрямків у дослідженні виник-

нення захворювання та пошуку шляхів профілактики. Дослідження соціальної сфери життєдіяльності вимагає поглибленої уваги через надзвичайну різноманітність соціальних чинників, які охоплюють широкий спектр діяльності людини, складний характер мікро- та макро-соціальних зв'язків сучасної людини, а також їх мінливість.

Метою дослідження було визначити, які саме соціально-економічні чинники здатні негативно впливати на стан здоров'я та приймати участь у формуванні СПК.

Матеріали та методи

Обстежено 100 хворих на СПК у віці від 21 до 60 років, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І.Пирогова, а також 110 здорових осіб, що відповідали клінічній групі за віковим та статевим складом. Діагноз СПК та форму захворювання встановлювали у відповідності з Римськими критеріями III. В усіх хворих виключено органічну патологію кишечника та "симптоми тривоги". Вивчення способу життя включало в себе визначення провідних соціально-економічних чинників, що мали місце в повсякденному житті хворих на СПК та осіб контрольної групи і негативно впливали на самопочуття. Для цього було розроблено статистичну карту, яка включала 21 питання, що охоплювали основні аспекти соціальної сфери життєдіяльності і дозволяли дати їм суб'єктивну оцінку.

Обробка та статистичний аналіз клінічних даних, що мали характер розподілу нормальний або наближений до нормального, проводилася за допомогою параметричних методів, а обробка клінічних даних, які мали характер розподілу відмінний від нормального, а також більших та категоризованих ознак - за допомогою методів непараметричної статистики. Кореляційний зв'язок встановлювався за допомогою методу рангової кореляції Спірмена. Обробка проводилася з використанням пакету прикладних програм "Статистика 6.0" (StatSoft. Inc., USA).

Результати. Обговорення

Вивчення вікових характеристик хворих на СПК показало, що на це захворювання страждають переважно особи працездатного віку. Середній вік хворих склав $42,8 \pm 13,0$ років. За формами СПК обстежені хворі розподілились наступним чином: питома вага пацієнтів із закрепамі становила 30,0%, з діареєю 35,0%, 26,0% хворих мали змішану форму СПК і 9,0% хворих - недиференційовану форму СПК.

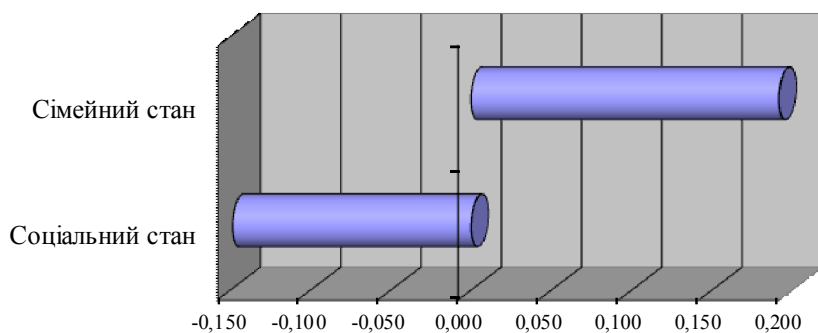


Рис. 1. Ступінь тісноти зв'язку різних соціальних факторів з виникненням СПК за даними однофакторного непараметричного кореляційного аналізу (наведено коефіцієнти рангової кореляції Спірмена для кожного із значущих факторів).

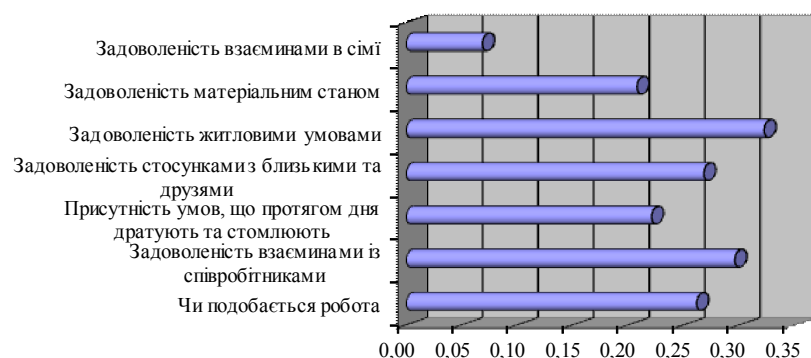


Рис. 2. Ступінь тісноти зв'язку трудової діяльності та мікросоціальних відносин з виникненням СПК за даними однофакторного непараметричного кореляційного аналізу (наведено коефіцієнти рангової кореляції Спірмена для кожного із значущих факторів).

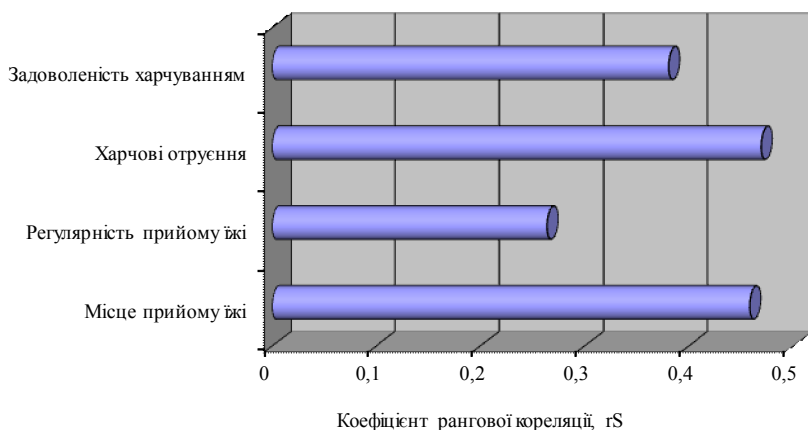


Рис. 3. Ступінь тісноти зв'язку характеристик харчування з виникненням СПК за даними однофакторного непараметричного кореляційного аналізу (наведено коефіцієнти рангової кореляції Спірмена для кожного з факторів).

У процесі дослідження було проаналізовано основні соціально-побутові чинники, що присутні у повсякденному житті, та виділено ті, що негативно впливають на самопочуття хворих з СПК і призводять до розвитку захворювання.

У центрі дослідження був сімейний стан, оскільки найважливішою структурною одиницею суспільства є

сім'я, яка створює для кожної конкретної людини безпосереднє оточення, з яким вона тісно взаємодіє в повсякденному житті. Відомо, що сімейна гармонія і дисгармонія має істотний вплив на здоров'я її членів. В осіб з гармонійним сімейним життям СПК трапляється значно рідше, ніж у тих, у кого сімейне життя супроводжується конфліктами, і завершилося розлученням Surdea-Blaga, 2012 . Результати дослідження засвідчили, що серед здорових осіб 81,8% були одруженими, решта не одружені, розлучені та вдівці, в той час як серед хворих на СПК було істотно більше самотніх, одружених було лише 65,0%. Важливе місце у розвитку психосоматичної патології має також соціальний стан. За даними кореляційного аналізу за допомогою непараметричного тесту Спірмена, гамма-тесту та тау-Кендала виявлено зв'язок між захворюванням на СПК та сімейним і соціальним станом ($p < 0,05$) (рис. 1).

Показовими є результати аналізу взаємовідносин в колективі в кореляції з захворюваністю на СПК. Переважна більшість здорових осіб продемонстрували задовільну соціальну адаптацію, тоді як серед хворих на СПК спостерігається зворотна тенденція. Загалом 42,0% хворих на СПК визначили свої відносини зі співробітниками як незадовільні (серед здорових таких 23,6%) ($p < 0,01$). Ці дані корелюють з результатами опитування щодо наявності протягом робочого дня стресових ситуацій. 36,0% хворих на СПК вказують на присутність постійного стресу (серед здорових 12,8% відповідно) ($p < 0,01$).

Важливим фактором ризику СПК є дисгармонійні відносини у сім'ї. Спілкування з близькими людьми та друзями є одним із чинників, що сприяє нормалізації психічного стану, таким чином профілактуючи розвиток психосоматичних захворювань Surdea-Blaga, 2012; Tomic-Golubovic, 2010 . Цей факт підтверджують результати проведеного

дослідження: серед обстежених осіб контрольної групи задоволені стосунками з близькими 50,9%, серед хворих на СПК - таких було лише 19,0% ($p < 0,01$).

Суттєвий вплив на якість життя людини мають житлові умови та матеріальний стан. Роль незадовільних житлових умов і недостатнього матеріального забезпечення як потужного стресогенного фактору очевид-

на [Jamali, 2012]. Було проаналізовано особливості житлових умов хворих на СПК в порівнянні зі здоровими. Серед хворих на СПК питома вага незадоволених житловими умовами була майже вдвічі більшою, ніж серед здорових осіб групи контролю, тоді як питома вага задоволених житловими умовами суттєво більшою була серед здорових осіб порівняно з хворими на СПК (68,2% проти 44,0% відповідно) ($p < 0,01$).

Аналогічні залежності виявлено і при аналізі матеріального стану. Так, серед хворих на СПК лише 8,0% вважали свій матеріальний стан задовільним та 23,0% - скоріше задовільним, що значно менше, ніж серед здорових (28,3% та 24,5% відповідно) ($p < 0,01$).

Таким чином, за даними кореляційного аналізу за допомогою непараметричного тесту Спірмена, виявлено тісний зв'язок між задоволеністю мікросоціальними стосунками та розвитком СПК. Наявність СПК позитивно корелює із незадоволеністю взаєминами із співробітниками ($rS=0,29$), взаєминами з близькими та друзями ($rS=0,27$), житловими умовами ($rS=0,32$) та матеріальним станом ($rS=0,21$). Виявлено також зв'язок між присутністю умов, що протягом дня дратують та стомлюють і захворюванням на СПК: такі умови позитивно корелюють з захворюванням на СПК ($rS=0,22$) (рис. 2).

За літературними даними суттєвий оздоровчий вплив на хворих із СПК має збалансований харчовий раціон та режим харчування, а їх порушення є одним із визначених механізмів, що підтримує і підсилює симптоми захворювання Дорощев, Рассохина, 2011. Дослідження особливостей харчування обстежених нами хворих на СПК у порівнянні зі здоровими виявило, що повністю задоволені харчуванням лише 22,0% хворих, серед здорових осіб таких в два рази більше (54,5%) ($p < 0,01$). В домашніх умовах харчувалося лише 44,0% хворих. У 22,0% випадках прийом їжі був нерегулярним. На відміну від хворих, здорові особи в два рази частіше харчувались в домашніх умовах (87,3%) та 47,3% із них харчувались регулярно ($p < 0,01$). У хворих на СПК в раціоні харчування переважали мучні продукти та солодощі (34,0%), серед осіб контрольної групи вказані

продукти домінували в харчуванні 13,6% обстежених ($p < 0,01$). Вони вживали в два рази більше фруктів і овочів у порівнянні із хворими на СПК, відповідно 28,2% та 15,0% ($p < 0,01$). У хворих спостерігалась значно нижча якість харчування. У 40,0% хворих в анамнезі реєструвались харчові отруєння, тоді як особи групи контролю вказували на отруєння лише в 4,6% випадків ($p < 0,01$).

Значущим також виявилася наявність захворювань шлунково-кишкового тракту у батьків хворих на СПК. Їх питома вага становила по лінії матері 43,0%, по лінії батька 14,0%, серед здорових відповідно таких було 17,3% та 20,9% ($p < 0,01$).

Однофакторний непараметричний кореляційний аналіз підтвердив зв'язок між особливостями харчування та виникненням СПК (рис. 3). Так, із виникненням СПК позитивно корелюють: харчування в закладах громадського харчування (зв'язок помірної сили, $rS=0,46$), нерегулярне харчування (зв'язок слабкий, $rS=0,26$), наявність харчових отруєнь (зв'язок помірної сили, $rS=0,47$) та незадоволеність харчуванням (зв'язок помірної сили, $rS=0,38$). Незначущими виявилися кореляції СПК з кратністю харчування ($p > 0,05$) (рис. 3).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Виявлено зв'язок між рядом соціальних характеристик, способом життя, особливостями харчування та захворюваністю на СПК. Зокрема для хворих на СПК характерним був низький рівень матеріального забезпечення, дисгармонія сімейних та виробничих стосунків та зниження якості харчування.

Дослідивши, які саме соціально-економічні чинники впливають на розвиток СПК у кожного конкретного хворого, лікар має змогу цілеспрямовано обговорити їх вплив з пацієнтами. Усвідомивши визначені шкідливі фактори, хворі матимуть можливість коректувати спосіб життя, харчування та активно вплинути на формування та перебіг власної хвороби на індивідуальному, сімейному та колективному рівнях.

Список літератури

- Вдовиченко В.І. Синдром подразненого кишечника після перенесеної гострої інфекції та його лікування /В.І.Вдовиченко, І.О.Пасічна //Сучасна гастроентерологія. - 2011. - №5(61). - С. 108-115.
- Дорощев А.Э. Синдром раздраженного кишечника - современный взгляд на проблему /А.Э.Дорощев, О.А.Рассохина //Новости медицины и фармации. - 2011. - №358. - С. 10-21.
- Коновалова Т.А. Оценка качества жизни больных синдромом раздраженного кишечника в Донецком регионе /Т.А.Коновалова //Новости медицины и фармации. - 2011. - №358. - С. 22-24.
- Ткач С.М. Современные рекомендации по ведению больных с синдромом раздраженного кишечника, основанные на данных доказательной медицины /С.М.Ткач, В.Г.Передерий // Сучасна гастроентерологія. - 2011. - №5 (61). - С. 98-107.
- Чернявський В.В. Оптимізація підходів до лікування синдрому подразненого кишечника із закрепами / В.В.Чернявський, В.О.Козлов // Новости медицины и фармации. - 2011. - №358. - С.29 - 31.
- Jamali R. Evaluation of health related quality of life in irritable bowel syndrome patients /R. Jamali [et al.]// Health and Quality of Life Outcomes. - 2012. - №10. - P. 12 - 15.
- Khan S. Diagnosis and management of IBS /S. Khan, L. Chang// Gastroenterology & hepatology. - 2010. - № 7. - P.565 - 581.
- Surdea-Blaga T. Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome /T. Surdea-Blaga, A. Baban, D. Dumitrascu// World Journal of Gastroenterology. - 2012 - №18(7). - P. 616 - 626.
- Tosic-Golubovic1 S. Irritable Bowel Syndrome, Anxiety, Depression and Personality Characteristics/ S. Tosic-Golubovic1 [et al.]// Psychiatria Danubina. - 2010. - Vol. 22, № 3. - P.418 - 424.

Кульчицкая Е.Н.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Резюме. В статье представлены результаты изучения влияния социальных факторов и образа жизни на развитие синдрома раздраженного кишечника (СРК). Обследовано 100 больных с СРК и 110 практически здоровых лиц группы контроля, сопоставимых по полу и возрасту. По данным корреляционного анализа выявлено связь между заболеваемостью СРК и рядом социальных факторов. Выявлена тесная связь между семейным и социальным статусом, удовлетворенностью микросоциальными отношениями и развитием СРК. Наличие СРК положительно коррелирует со плохими взаимоотношениями в коллективе, с близкими и друзьями, неудовлетворительными жилищными условиями и материальным состоянием, присутствием стресса в рабочее время. С возникновением СРК также положительно коррелируют: прием пищи в учреждениях общественного питания, нерегулярное питание, наличие пищевых отравлений и неудовлетворенность питанием.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, социально-экономические факторы, образ жизни.

Kulchytska E.N.

INFLUENCE OF SOCIO-ECONOMIC FACTORS AND LIFESTYLE ON A DEVELOPMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Summary. The publication presents the results of the research of social factors and lifestyle influence on a development of irritable bowel syndrome (IBS). The study involved 100 patients with IBS and 110 age and sex matching healthy subjects. The data of the correlation analysis the relationship is revealed between IBS and a number of social factors. The strong connection is revealed between the marital and social status, the satisfaction with the microsocial relations and IBS development is also identified. IBS positively correlates with the bad social interaction and bad interaction with the relatives and friends, poor household and financial difficulties, work-related stress. Furthermore IBS incidence positively correlates with eating out in public, irregular nutrition, food poisoning and unsatisfying diet.

Key words: irritable bowel syndrome, socio-economic factors, lifestyle.

Стаття надійшла до редакції 01.10.2012р.

© Лебідь Л.В., Кіреєв І.В., Ляшенко О.О.

УДК: 616.24-002.54-036.8

*Лебідь Л.В., *Кіреєв І.В., Ляшенко О.О.*

Харківська медична академія післядипломної освіти, *Національний фармацевтичний університет (вул. Корчагинців, 58, м. Харків, Україна, 61176)

ЭФЕКТИВНІСТЬ СТАЦІОНАРНОГО ЕТАПУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Резюме. Вивчено ефективність стаціонарного етапу лікування 411 хворих на туберкульоз в залежності від клінічної форми туберкульозу, наявності деструкції легеневої тканини, бактеріовиділення і стійкості до протитуберкульозних препаратів.

Ключові слова: туберкульоз легень, ефективність лікування, деструкція легеневої тканини, бактеріовиділення.

Вступ

Висока ефективність лікування хворих на туберкульоз є одним з найважливіших чинників зменшення резервуару інфекції і поліпшення епідемічного стану. Пріоритет стаціонарного лікування туберкульозу, що існував у країні досить тривалий час, був обумовлений в першу чергу соціально-економічними умовами і рівнем розвитку фтизіатрії. У стаціонарі створені найбільш сприятливі умови для обстеження хворих та підтвердження діагнозу, уточнення активності туберкульозного процесу, а також для визначення плану лікування та його здійснення. Велике значення надається необхідності ізоляції хворого на туберкульоз легень від здорових людей з метою зменшення епідеміологічної небезпеки. Тривалий час вважалось необхідним продовжувати лікування хворого в стаціонарі до моменту припинення бактеріовиділення і закриття порожнин розпаду [Азаматова та ін., 2007]. В умовах епідемії туберкульозу в Україні, що триває з 1995 р., підходить до вибору організаційної форми лікування туберкульозу

легенів і його тривалості значно змінилися.

Метою роботи була оцінка ефективності стаціонарного етапу лікування дорослих хворих на туберкульоз легень в умовах напруженої епідемічної ситуації.

Матеріали та методи

Матеріалом дослідження були пацієнти й історії хвороби пацієнтів, хворих на туберкульоз, які проходили лікування в 2007-2009 р.р. в міському клінічному протитуберкульозному диспансері № 1 м. Харкова. В групу обстежених увійшли 413 хворих: 266 чоловіків і 147 жінок. Основну частину хворих склали пацієнти молодого працездатного віку: 206 осіб - до 40 років, 114 - від 40 до 50 років, 93 - старше 50 років, з них 9 - старше 70. Розподіл хворих за клінічними формами туберкульозу представлено в таблиці 1.

Усім хворим було проведено комплексне клініко-рентгенологічне та лабораторне обстеження.

Статистична обробка результатів дослідження про-