

ФАКТОР ЧАСУ ТА ПРОБЛЕМА ПСИХОДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Ірина САВЕНКОВА

Copyright © 2005

Постановка суспільної проблеми. Розуміння психосоматичної єдності людини, прийняття й зреалізування цілісного підходу до особи хворого – актуальні завдання сучасної медицини. Теза “лікувати не хворобу, а хворого” визначила практику видатних лікарів вже у минулому столітті. *Принцип індивідуального підходу* у лікуванні вимагає комплексного врахування психологічних особливостей кожної особистості, і не випадково покладений у підґрунтя розв’язку важливої проблеми сучасної медицини – хронізації неінфекційних захворювань.

Винятково актуальним у цьому контексті є питання хронізації неінфекційного процесу в дитячому віці за умов відсутності уродженої патології даної системи організму. Від 12 до 20 дітей на 1000 дитячого населення у віці від 7 до 14 років страждають на хронічні неінфекційні захворювання. Серед них, згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров’я, 40% становлять хвороби сечової системи, 20% – органів дихання, 20% – серцево-судинної системи, 10% – органів травлення. І це за відсутності вродженої патології та своєчасно проведеної профілактики захворювання двічі на рік (весна – осінь), а також при використанні відпрацьованих схем диспансерного спостереження. Водночас хронізація багатьох неінфекційних захворювань у дитячому віці, як відомо, часто приводить до

інвалідності у зрілому віці. Тому виникає потреба з допомогою науково-діагностичних засобів передбачити загострення цього хронічного захворювання та своєчасно провести профілактику хвороби, зважаючи на традиційні схеми медичної профілактики.

Мета дослідження – обґрунтувати індивідуально зумовлені закономірності та механізми переживання часу на контингенті дітей, які страждають на хронічні неінфекційні захворювання шлунково-кишкового тракту.

Завдання дослідження.

1. Виділити власну одиницю часу індивіда, який страждає на хронічні неінфекційні захворювання органів травлення у тривалості, котра ним переживається.

2. Зіставити тривалість власної одиниці часу з психосимптоматикою хронічних неінфекційних захворювань органів травлення.

3. З’ясувати зв’язок та відношення різних циклів переживання тривалості до періодів загострення, реконвалесценції та ремісії хронічних неінфекційних захворювань шлунково-кишкового тракту.

4. Дослідити ступінь суб’єктивної виразності болю та клінічних проявів хронічних неінфекційних захворювань органів травлення у типологічних групах безперервного спектру “ τ -типів”.

Авторська ідея. Причину виникнення захворювання, тобто функціональних порушень органів та систем організму, які

приводять до зриву роботи організму в цілому, неможливо зрозуміти без знання психологічних особливостей особистості хворого, а відтак адекватно спрогнозувати перебіг конкретної хвороби. Л.Г. Терлецька пише, що “першопричина, котра дає поштовх до появи різних захворювань, найчастіше виявляється у психології людини” [12].

Наш підхід до вивчення етіології, патогенезу та клінічних прояв захворювання здійснюється з нової позиції, котра повно враховує закони переживання часу (Д.Г. Елькін, Б.Й. Цуканов). На основі “ τ -типу”, що визначає значення власної одиниці часу кожного окремого індивіда, можна з високою точністю віднести того чи іншого суб’єкта у групу зі своєю домінантною хворобою. До останніх насамперед відносять хронічні неінфекційні захворювання [1; 6; 10; 11]. Така диференціація надто важлива в медицині, оскільки вказує на переважання тієї чи іншої хвороби і те, коли і в якій формі вона може мати місце у конкретного індивіда. Використовуючи “С-періодичність”, є можливість точно визначити головні параметри власного психологічного годинника індивіда, у тому числі підрахувати вікові критичні точки, в яких домінантна хвороба проявляється у гострій формі [16, с. 154]. Такий підхід дозволяє набагато посилити потенціал профілактичної медицини. На думку Л.Г. Терлецької, саме “психологія здоров’я як нова галузь знання про людину безпосередньо пов’язана з появою профілактичної медицини” [12].

Разом з тим відкритими в окресленому проблемному полі залишаються питання локалізації симптомів кожної окремої нозологічної форми хронічних неінфекційних захворювань органів травлення у типологічній групі безперервного спектру “ τ -типів” та ступеня виразності клінічних прояв захворювання у дітей, котрі страждають на хронічні неінфекційні захворювання шлунково-кишкового тракту. Більше того, наскільки нам відомо, класифікації ступеня суб’єктивної вираз-

ності болю при хронічних неінфекційних захворюваннях органів травлення у медицині взагалі не існує.

Сутнісний зміст (анотація). В дослідженні з’ясувалася залежність прояву симптомів хронічних неінфекційних захворювань органів травлення від тривалості власної одиниці часу людини. Встановлено, що індивідуальні вікові точки загострень хронічних неінфекційних захворювань шлунково-кишкового тракту узгоджені з довготривалістю власного біологічного циклу особистості.

Ключові слова: *індивід, типологічна група, великий біологічний цикл індивіда, “ τ -тип”, домінантна хвороба, місце найменшого опору, фазова сингулярність, біологічний цикл.*

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Ф. Енгельс писав: “Буття поза часом є таке ж велике безглуздя, як буття поза простором” [21, с. 49–51]. “Сприйняття часу, відображаючи об’єктивну реальність, дає людині змогу орієнтуватися у зовнішньому середовищі, причому дає об’єктивно вірну уяву про нього,” – відмічав Д.Г. Елькін [18]. Використовуючи вираз М. Шагіняна стосовно того, що кожен індивід має свій “маленький Хронос”, Б.Й. Цуканов доповнює: “Зі своєю швидкістю перебігу часу і зі своєю часовою перспективою” [17]. І.П. Павлов розглядав питання про ті процеси, які мають місце у мозку людини за умов сприйняття тривалості, швидкості та послідовності і прийшов до висновку, що “мірою часу” в нервовій системі є зміна збудження гальмуванням [22, с. 52]. До питання про сприйняття часу має безпосереднє відношення явище слідових умовних рефлексів, які констатувались у лабораторії І.П. Павлова Піменовим та Гроссманом. І.П. Павлов, розглядаючи слідовий рефлекс як рефлекс на час, намагався знайти зв’язок між індивідуальними розрізненнями у виробленні умовних рефлексів на час з типом нервової системи. Д.Г. Елькін розглядав залежність точності відтворення трива-

лості від типу темпераменту [18]. Він відмічав деякі відмінності у точності відтворення проміжків часу в холериків, сангвініків, меланхоліків, флегматиків, але не дав повного опису ставлення до актуального переживання часу представниками цих чотирьох типологічних груп. В.Г. Богораз писав, що кожен живий індивід має свій власний час, тобто сангвінік – один, флегматик – інший і т. ін. [4]. На його думку, хоча ці розрізнення й невеликі, все ж повного співпадання аж ніяк не існує. У працях Б.Й. Цуканова науково доведено, що представникам різних типологічних груп не тільки притаманний “різний час”, а й має місце схожість відношень до переживання часу в індивідів, які належать до однієї типологічної групи, що вказує на наявність узагальнених профілів, які співмірні класичній типології темпераментів. Загалом він виділяє й детально аналізує п’ять типів таких профілів [15].

Відомі дослідники часу (Є.І. Говомаха, А.А. Кропін [5], П. Фресс [13], Д.Г. Елькін [19]) відмічали, що людство у процесі відтворення зберегло себе у стійких межах типологічних груп упродовж усієї попередньої історії. Тому й індивідуально зумовлені особливості відношення до часу відобразилися на діяльності суб’єктів, їх філософських узагальненнях, політичних поглядах, поетичних творах. На переконання І.Г. Білявського [3], аналіз таких відображень дає змогу досить чітко відтворити індивідуальну своєрідність історичних особистостей. П. Фресс [14] відмічає, що консервативної ідеології притримувались суб’єкти з орієнтацією у минуле, а радикальної – ті, котрі звертались у майбутнє. Б.Й. Цуканов підкреслює, що “особистість вибудовує своє ставлення до часу в історичному і навіть у космічному масштабі, враховуючи у ньому і час життя свого носія – індивіда” [15]. Тому учений приходить до висновку, що між профілем індивідуально зумовленого відношення до часу і часом особистості немає лінійного зв’язку. Щоб оволодіти часом, треба,

згідно з виразом П. Фреска, досягти “мудрості старих” та прийняти час таким, який він даний кожному із нас – з його тривалостями, нестачею та ненадійністю [13]. Враховуючи індивідуальні особливості щодо динаміки переживання часу та узагальнені профілі індивідів, спробуємо визначитися з критеріями типології домінантних хвороб.

Серед хронічних неінфекційних захворювань як домінантних [1; 6; 10; 11] велику групу становлять серцево-судинні, які сукупно називають хворобою номер один ХХ століття. Якщо розглядати доросле населення Землі, то його четверта частина страждає на ці захворювання; вони є причиною кожного другого летального вироку долі, кожної третьої інвалідності [2]. Вирішення завдань профілактики серцево-судинних захворювань шляхом впливу на відповідні фактори ризику дають змогу пояснити тільки половину випадків виникнення та розвитку ішемічної хвороби серця у людській популяції [10]. У 30% від загальної кількості індивідів, котрі страждають на ішемічну хворобу серця, наявна так звана безсимптомна форма, яка спричинює неочікуваний інфаркт, тому що не супроводжується чинниками ризику [9]. На сьогодні кардіологи не знають, у кого може бути така клінічна форма ішемічної хвороби серця, як інфаркт міокарду [8]. Тому важливим моментом у профілактиці серцево-судинних захворювань є врахування психологічних аспектів профілактики цих захворювань, розглядом яких займалися В.Ю. Александрова, Є.А. Сулова, А.А. Александров [1]. Велике значення у створенні системи кардіопрофілактики дорослого населення мають праці Б.Й. Цуканова [див. 15–17].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Проблема домінантних хвороб, до яких відносять хронічні неінфекційні захворювання, далека від свого повного розв’язання, оскільки при хронізації процесу існують періоди загострення, реконвалесценції (видужання) та ремісії (затухання) хвороби, тобто плин-

перебіг хвороби має часову розгортку і кожен її період виявляється у певному віці, що медицина зараз неспроможна пояснити.

Виклад основного матеріалу дослідження й отриманих наукових результатів дослідження. Наше завдання – дослідити у дітей локалізацію симптомів хронічних неінфекційних захворювань органів травлення у типологічних групах – вирішувалося експериментальним шляхом на контингенті дітей віком від 7 до 14 років, котрі страждають на хронічні неінфекційні захворювання і проходили лікування у Первомайській районній дитячій лікарні стаціонару та її поліклінічному відділенні. Іншими словами, дослідження проводилось з дітьми, як у період загострення, так і реконвалесценції (видужання) та ремісії (затухання) захворювання. На кожного обстежуваного заповнювалась анкета, за допомогою якої з'ясовувалось наступне: 1) вік дитини (із зазначенням кількості років та місяців на момент обстеження); 2) число, місяць, рік її народження; 3) вид ХНЗ; 4) суб'єктивна виразність болю та її формовияву; 5) ступінь суб'єктивної виразності болю за шкалою: 1 бал – “слабкий”, 2 бали – “тупий”, 3 бали – “помірний”, 4 бали – “гострий”, 5 балів – “нестерпний”; 6) таблиця з визначенням τ -власної одиниці часу дитини.

У кожного хворого обстежуваного методом хронометричної проби [15, с. 35–45] визначався “ τ -тип”, для чого використовувався класичний спосіб відтворення проміжків тривалістю $t_0 = 2, 3, 4, 5$ с, що задавалися експериментатором та відтворювалися обстежуваним за допомогою електронного хроноскопу з точністю до 0,001 с. Індивідуальне значення “ τ -типу” розраховувалося за формулою:

$$\tau = \frac{\sum t_s}{\sum t_0}, \quad (1)$$

де t_0 – тривалість, що задана експериментатором, а t_s – тривалість, яку відтворює обстежуваний.

Відтворення кожного проміжку часу повторювалося п'ять разів, а тоді підра-

ховувалося середньостатистичне значення власної одиниці часу кожної дитини. Всього в дослідженні взяло участь 300 дітей віком від 7 до 14 років. Загалом було обстежено 80 дітей у віці від 7 до 14 років із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, із них на хронічний гастрит страждало 39 дітей, на виразкову хворобу шлунку – 9, на хронічний холецистит – 12, на хронічний панкреатит – 11, на дискинезії жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) – 9. При цьому серед дітей, котрі хворіли на хронічний гастрит 23 дитини перебувало на стадії загострення а 16 – ремісії.

Сучасна медицина надає перевагу інфекційному чиннику у виникненні виразкових процесів у шлунку. Інакше кажучи, Нр-фактору – паличка, яка володіє афазією (здатністю проникнути у клітину), що зумовлює перебіг процесів рецидиву хвороби. В таким спосіб пояснюється сукупний процес хронізації даних захворювань. Серед агресивних чинників, які сприяють хворобам шлунку, виділяють: а) гіперпродукцію соляної кислоти; б) дію пепсину; в) порушення рухальної функції шлунку; г) наявність нестероїдних та стероїдних гормонів (кортикостероїдів); д) гіперпродукцію жовчі. Однак критичний аналіз цих даних показує, що ці чинники ризику можуть пояснити причину приблизно половини випадків виникнення та розвитку хвороб шлунку в людській популяції. У 35% від загальної кількості індивідів, котрі страждають на хвороби шлунку, наявна так звана безсимптомна форма, яка приводить до розвитку виразкового процесу, але не супроводжується факторами ризику [7]. На сьогоднішній день гастроентерологи пропедевтично не знають, у кого може бути така клінічна форма хвороби шлунку як гастрит чи виразкова хвороба.

Проблема хвороб шлунку ще далека від свого остаточного вирішення. Одна з причин цього полягає в недостатньому вивченні двох моментів, що стосуються самої суті захворювання: по-перше, хвороби шлунку є неінфекційним процесом,

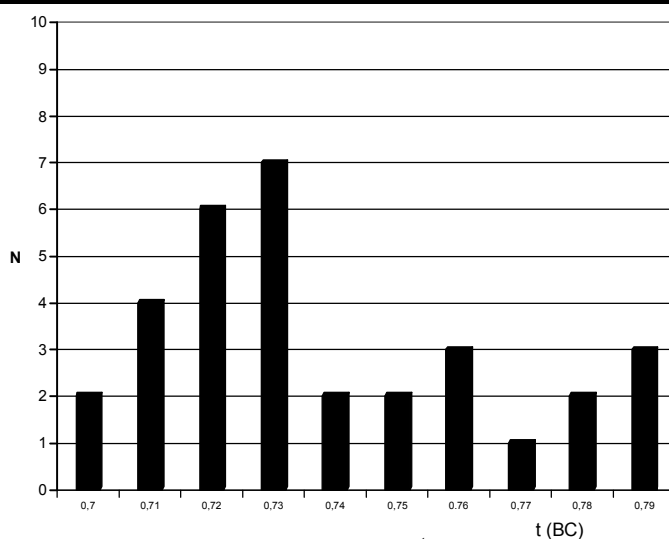


Рис. 1.
Кількісний розподіл “ τ -типів” у зоні локалізації
хвороб печінки та жовчного міхура

від якого страждає 20% дитячого населення; по-друге, вони діють як хронічні, тобто їхній розвиток та плин має часову організацію, а такі їх клінічні форми, як гастрит та виразкова хвороба шлунку, виявляються у певному віці. Оскільки кількість індивідів, які страждають на хвороби шлунку в людській популяції, згідно зі світовою статистикою, залишається відносно постійним, то імовірно припустити, що є індивіди (або група індивідів), котрі “переважно” хворіють на шлунок. Якщо такі персоналії і групи “переважальників” шлункової хвороби справді існують, то й так звані фактори ризику цієї хвороби у початкових формах можна легко виявити в осіб цього психотипу задовго до їх вірогідної дії.

Власна одиниця часу обстежених хворих дітей на хронічний гастрит та виразкову хворобу шлунку знаходиться у діапазоні $1,0\text{с} < \tau \leq 1,1\text{с}$, що відповідає групі індивідів, у яких “переважають” хвороби шлунку типологічного масиву одного з п’яти сегментів безперервного спектру “ τ -типів” [20, с. 94]. Зокрема, встановлено, що велику групу хронічних захворювань у дитячому віці становлять хвороби органів, які беруть участь у процесі переварювання їжі в шлунково-кишковому тракті. Передусім мовиться про холецистити, панкреатити та диски-

незії жовчовивідних шляхів. У медичній практиці спостерігається схильність окремих індивідів хворіти на хвороби жовчного міхура, підшлункової залози та жовчовивідних шляхів (рис. 1), хоча засобів передбачити те чи інше захворювання досі не існує.

Власна одиниця часу в дітей, котрі страждають на хронічний холецистит, знаходиться у діапазоні $0,7\text{с} \leq \tau \leq 0,72\text{с}$, панкреатит – $0,73\text{с} \leq \tau \leq 0,75\text{с}$ та ДЖВШ – $0,7\text{с} \leq \tau < 0,8\text{с}$ (рис. 2), що відповідає групі індивідів, у яких “переважають” хвороби печінки та жовчного міхура [20, с. 94].

Згідно з показниками Айзенка, індивіди з власною одиницею (τ) у діапазоні $0,7\text{с} \leq \tau < 0,8\text{с}$, які страждають на хвороби печінки та жовчного міхура, характеризуються високою екстраверсією, стабільністю, а збудження у них вдвічі переважає над гальмуванням. До того ж вони цілеспрямовані та агресивні у поведінці. Індивіди з таким “ τ -типом” наближаються до категорії “*суто холериків*”. Індивіди з власною одиницею часу (τ) в діапазоні $1\text{с} < \tau \leq 1,1\text{с}$, які страждають на хронічні хвороби шлунку, вирізняються вираженою інтроверсією та стабільністю, високим рівнем збудження і гальмування, що врівноважують один одного, а рухливість у них вдвічі нижча,

ніж у “ τ -типів” інших індивідів. Ось чому вони спокійні, продуктивно працюють у знайомій ситуації, а типологічно віднести їх можна до “*суто флегматиків*” [16].

Отже, задля ефективної профілактики в медицині треба повно враховувати психологічні індивідуальні особливості кожного окремого індивіда схильного до захворювань шлунково-кишкового тракту. Це дасть змогу передбачити місце його найменшого опору, щонайперше такі окремі нозологічні форми захворювань, як гастрит, виразкова хвороба шлунку, холецистити, панкреатити та дискинезії жовчовивідних шляхів.

За законом переживання власного часу суб’єктом [20, с. 153] великий біологічний цикл індивіда визначається за формулою:

$$C = 8,5\tau \text{ (років),}$$

де τ – власна одиниця часу індивіда, що відіграє роль “кроку”, яким вимірюється плин часу життя кожної особи від моменту її народження. Виходячи з відомого діапазону значень у людській популяції ($0,7 \leq \tau \leq 1,1$) [20, с. 12], легко дійти висновку, що в кожного індивіда “С-метрика” визначається тривалістю її власної одиниці часу. Відомо,

що у середині великого біологічного циклу, обмеженій точками $1/4C$ та $3/4C$, людина знаходиться “на висоті”, почувається сповненою сил та енергії. В період, починаючи з $3/4C$ попереднього циклу і до кінця $1/4C$ наступного, особа переживає глибокий спад і спостерігаються певні деструктивні зміни. У точці, де сходяться кінець і початок двох великих біологічних циклів, особистість “вмирає й відроджується по-новому” духовно наповненою [20, с. 151].

Результати дослідження прояву “С-метрики” упродовж хронічних захворювань дітей (*табл.*) показують, що періодичність загострення хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту становить $1/2C$ та $1/4C$, а ступінь суб’єктивної виразності болю перебуває в діапазоні від $0,7 \leq \tau < 0,8$ с (від 4 до 7 балів, тобто гострий та нестерпний біль). Причому спостерігається чітка прогресія виразності болю від $\tau = 0,7$ с до $\tau = 0,8$ с. Водночас ступінь суб’єктивної виразності болю в діапазоні $1 \leq \tau \leq 1,1$ с характеризується як слабкий, тупий, помірний біль (від 1 до 3 балів). Тут має місце поступова прогресія виразності болю від $\tau = 1$ с до $\tau = 1,1$ с.

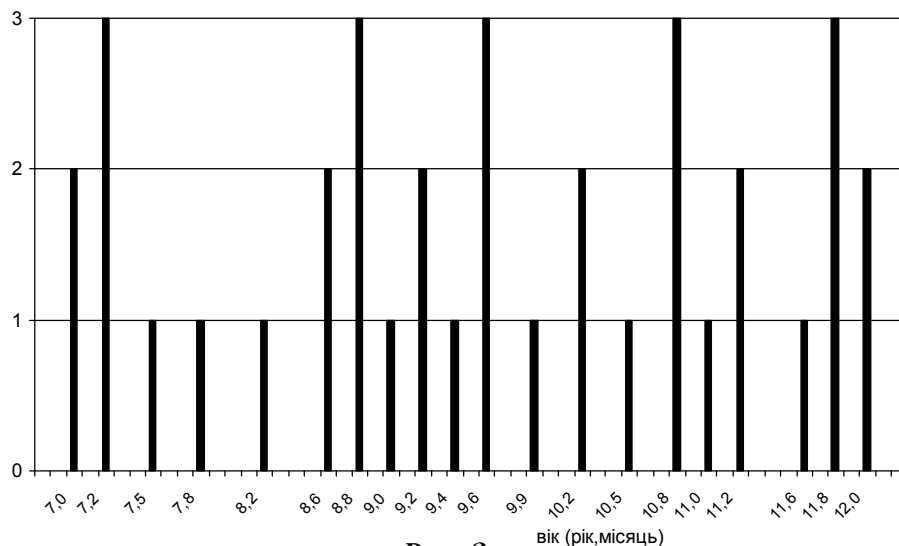


Рис. 2.

Залежність періоду хвороби печінки та жовчного міхура від віку дітей

Вісь ординат: 1-період загострення, 2-період реконвалесценції, 3-період ремісії
 Вісь абсцис: вік індивіда

Таблиця 1

Розрахункові та статистичні літа-роки обстежених дітей,
хворих на шлунково-кишковий тракт у різні періоди хвороби
(загострення, реконвалесценції та ремісії)

Група	„τ-тип” (в сек.)	С	Літа за циклами (у роках)			Статистичні літа хворих
			1/4С	1/2С	3/4С	
Діти (39 індивідів)	$1,0 < \tau \leq 1,1$	9,35	11,6	14,0	16,3	11-14-16
Діти (44 індивіда)	$0,7 \leq \tau \leq 0,72$	6,0	7,5	9	10,5	7-9-10
Діти (11 індивідів)	$0,73 \leq \tau \leq 0,75$	6,29	7,8	9,4	11,0	7-9-11
Діти (9 індивідів)	$0,76 \leq \tau \leq 0,79$	6,63	8,2	9,9	11,6	8-9-11

ВИСНОВКИ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

1. Результати проведеного дослідження показали, що ступінь суб'єктивної виразності болю при розладах “хронічні неінфекційні захворювання” узгоджується із власною одиницею часу індивіда у типологічній групі безперервного спектру “τ-типів”, тобто має чітку вікову та типологічну локалізацію.

2. Встановлена диференціація суб'єктивної виразності больової реакції залежно від “τ-типу” важлива у медицині, тому що її відстеження дасть змогу лікарю передбачати її ступінь у кожного окремого хворого при загостреннях хронічних неінфекційних захворювань в онтогенезі та своєчасно проводити профілактику захворювання.

3. Рання профілактика неінфекційного захворювання створить умови для запобігання його загострення та допоможе зупинити хронізацію самого неінфекційного процесу.

4. В актуалізованому предметному контексті подальший пошук доречно спрямувати на дослідження узгодження між суб'єктивною оцінкою (болем) та об'єктивною характеристикою стану хворого, щонайперше показниками роботи органів дихання та серцево-судинної системи організму.

1. Александрова В.Ю., Сулова Е.А., Александров А.А. Психологические аспекты профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // Психол. журн. – 1985. – Т.6, №1. – С. 122–129.
2. Аргументы и факты // Еженедельник. – 1985. – № 42.
3. Белявский И.Г. Историческая психология. – Одесса, 1991.
4. Богораз В.Г. Эйнштейн и религия: Применение принципа относительности к исследованию религиозных явлений. – М.: Петроград, 1923. – Вып. 1.
5. Головаха Е.И., Кроник А.А. Понятие психологического времени // Категории материалистической диалектики в психологии. – М.: Наука, 1988. – С. 199–213.
6. Гусев Г.В. Задачи психолога в профилактике хронических неинфекционных заболеваний // Психол. журнал. – Т.5, № 4. – С. 94–102.
7. Мухин Е.И. Взаимоотношение биопотенциалов неокортекса, архикортекса и межзачаточной коры при формировании условного рефлекса на время // Журн. высш. нервн. деятельности. – 1981. – Т. 31, № 3. – С. 489–495.
8. Пища З., Глазунов И.С., Горжейши Я. На помощь сердцу // Международный ежегодник: Гипотезы. Прогнозы. – М.: Знание, 1989. – Вып. 22. – С. 151–161.
9. Профилактика кардиологии. – М.: Медицина, 1987.
10. Рожанец Р.В., Копина О.С. Психологические проблемы профилактической кардиологии // Психол. журн. – 1986. – Том 7, № 1. – С. 45–53.
11. Сулова Е.А. Исследование психологических факторов риска ишемической болезни сердца // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1983. – Вып. 5. – Т. XXXIII. – С. 763–768.
12. Терлецька Л.Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу. – К.: Видавничо-поліграфічний центр “Київський університет”, 2003. – С. 3–10.
13. Фресс П. Приспособление человека к времени // Вопросы психологии. – 1961. – № 1. – С. 43–57.
14. Фресс П. Восприятие и оценка времени // П. Фресс, Ж. Пиаже. Экспериментальная психология. – М.: Прогресс, 1978. – Вып. 6 – С. 88–130.
15. Цуканов Б.И. Анализ ошибки восприятия длительности // Вопросы психологии. – 1985. – № 3. – С. 149–153.
16. Цуканов Б.И. Время в психике человека // Природа. – 1989. – № 4. – С. 82–90.
17. Цуканов Б.И. Индивидуальные особенности отношения к переживаемому времени // Психология личности и время. – Черновцы, 1991. – Ч.1. – С. 64–66.
18. Элькин Д.Г. Восприятие времени: Дисс... д. психол. н. – Одесса, 1945.
19. Элькин Д.Г. Восприятие времени как моделирование действующего раздражителя / Вопросы психологии. – 1965. – № 3. – С. 55–61.
20. Элькин Д.Г. Восприятие времени как моделирование // Восприятие пространства и времени. – Л.: Наука, Ленинградское отделение, 1969. – С. 76–79.
21. Энгельс Ф. Анти-Дюринг // Маркс К., Энгельс Ф. Соч.: 2-е изд. – Т. 20. – С. 49–51.

Надійшла до редакції 17.12.2004.