МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

МАТЕРІАЛИ

96 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:
доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Тащук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний університет, 2015

показує клінічний досвід, спостерігається патоморфоз депресивних розладів, що проявляється атиповістю, змішаністю депресивних симптомів, комплексним порушенням психічної активності, вираженою соматизацією, затяжним перебігом та резистентністю до терапії. При резистентних до терапії затяжних депресивних станах, окрім справжньої резистентності, пов'язаної з індивідуальними особливостями фармакокінетики (всмоктування, розподіл, метаболізм, виведення психотропних препаратів), а також особливостями психопатологічного процесу, істотне значення в деяких випадках можуть набувати гальмівні впливи особистісно-психогенних утворень, що стають мішенню психотерапевтичного впливу.

При проведенні комбінованої психофармакотерапії слід надавати перевагу засобам із різними хімічною структурою та механізмом дії, які б підходили як для лікування гострих станів, так і на етапі підтримуючої терапії. Це сприятиме запобіганню рецидивів. З іншого боку, ці хворі потребують одночасної психотерапевтичної кваліфікованої допомоги, яка б ураховувала особливості їх психоемоційної сфери.

Мета дослідження - вивчити особливості діагностики, клініки та лікування пацієнтів із резистентними до терапії депресивними розладами. Для вивчення особливостей психоемоційної сфери хворих при резистентних до терапії невротичних розладах, пов'язаних зі стресом, обстежено 65 хворих. Хворі були віком від 37 до 53 років (середній вік – 37±6 років). Для рішення завдань проводили клінічне, клініко-психопатологічне, патопсихологічне і експериментально-психологічне дослідження всіх хворих з подальшою статистичною обробкою отриманих результатів. За допомогою клінічного, клініко-психопатологічного методу вивчали скарги, анамнез, соціальний статус хворих, клінічні прояви непсихотичних психічних розладів. На початку і вкінці комплексного лікування у хворих визначали рівень депресії - з використанням шкали депресії Зунга, адаптованої Т.І. Балашовою, показники особистісної та реактивної тривожності за Спілбергером-Ханіним, для визначення особливостей особистості - акцентуації характеру за допомогою опитувальника Г. Шмішека за концепцією К. Леонгарда.

Вивчення клініко-психопатологічного стану показало, що у 100% обстежених реєструвалися депресія і у 97,8% - тривога. Зазначені симптоми були вираженими на тлі дратівливості (86,1%), плаксивості (75,5%), в'ялості (59,6%), емоційної лабільності (62,8%). Вище перераховані особливості реєструвалися в поєднанні з систематичними конфліктними стосунками. Характерна наявність недиференційованої незадоволеності в усіх мікросоціальних сферах (сім'ї, роботі, побуті), можливо, що є наслідком генералізації внутрішньо-особистісного конфлікту, що виникнув внаслідок психогенії і зумовив порушення міжособистісних стосунків з негативною оцінкою мікросоціума, що негативно впливає на результати лікування.

Для корекції тривожних розладів використовували транквілізатори, що мають комплексний анксіолітичний, гіпнотичний, вегетостабілізуючий та центральний міорелаксуючий ефекти, тим самим впливаючи практично на всі патогенетичні ланки тривожних розладів. Надавалася перевага «денним» транквілізаторам без значного снодійного ефекту (алпразолам (ксанакс), медазепам (рудотель), оксазепам (нозепам, мазепам), тофізопам (грандаксин), лоразепам (лорафен), гідазепам, а також афобазол. Застосування комбінованої психофармакотерапії з використанням транквілізаторів, антидепресантів, анксіолітиків, загальнозміцнюючих препататів і психотерапії давало тривалий терапевтичний ефект при затяжних депресивних розладах.

У результаті проведеного дослідження виявлено, що комплексне лікування хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами, що супроводжувалися резистентними до терапії затяжними депресивними станами, завдяки застосуванню індивідуальної і групової психотерапії з урахуванням особистісних особливостей хворих, викликало суттєве покращення їх стану із пом'якшенням акцентуйованих рис характеру особистості, покращенням настрою і зниженням рівня реактивної тривожності. Особистісно-орієнтована індивідуальна і групова психотерапія хворих із резистентними до терапії затяжними депресивними станами сприяє інтенсифікації процесу лікування.

Таким чином, комплексне лікування хворих із резистентними до терапії депресивними розладами довело високу ефективність психотерапевтичних методів у подоланні терапевтичної резистентності, оскільки вони мають вплив на афективну і когнітивну сферу, сприяють формуванню позитивного ставлення до терапії та редукції ідеаторних нав'язливостей у структурі афективних розладів депресивного регістру. Застосування психотерапії у складі комплексної терапії дає можливість знижувати дози інших психотропних засобів, що сприяє не тільки оптимізації лікування, а також запобіганню виникнення небажаних ефектів. Проведені дослідження свідчать про актуальність проблеми та необхідність подальшого поглибленого вивчення терапевтичної резистентності хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами, достовірної діагностики та розробки методів етапної психотерапії та психокорекції.

Кривецька І.І.

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ СЕЧОВОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка
Буковинський державний медичний університет

У 60-96% хворих на розсіяний склероз (РС) спостерігаються порушення тазових функцій, які обумовлюють порушення якості життя та соціальної адаптації. Хворим з такими порушеннями загрожують небезпека інфікування нижніх сечових шляхів, висхідне ураження нирок з ступним розвитком ниркової недостатності або уросепсису.

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність симптоматичного лікування гіперрефлексії сечового міхура у хворих на розсіяний склероз з застосуванням толтеродина та селективного анксилолітика афобазолу.

В дослідження були включені 27 хворих з ремітуючи-рецидивуючим РС (РРРС) та вторинно-прогресуючим РС (ВПРС), з ознаками гіперактивності детрузора: зниження або втрата контролю над сечовиділенням, часте сечовиділення, часте сечовиділення вночі (ніктурія), імперативні поклики на сечовиділення. Серед них 14 жінок та 13 чоловіків. Середній вік хворих склав 38 років. Середня тривалість захворювання до моменту обстеження склала 88,3±2,84 міс. Ступінь інвалідизації по шкалі функціональних систем FS та EDSS на момент обстеження склала 3,9±0,24 бала. Всі хворі були розподілені на дві групи гомогенні за віком, статтю та за типом порушення сечовиділення.

Пацієнти I групи отримували толтеродин по 2 мг двічі на день, а пацієнти II групи отримували толтеродин по 2 мг двічі на день та афобазол по 10 мг 3 рази на день тривалістю 1 місяць. Вибір препаратів для комбінованого лікування був обумовлений части поєднанням порушень сечовиділення і підвищеною тривожність хворих з РС.

Толтеродин є конкурентним антагоністом холінергічних мускаринових рецепторів, які локалізуються у сечовому міхурі, пригнічення яких веде до зниження скорочувальної функції сечового міхура. Афобазол попереджує розвиток мебранозалежних змін в рецепторах чутливих до гаммаміномасляної кислоти, має анксіолітичну дію з активуючим компонентом, що не супроводжується гіпноседативними ефектами та міорелаксацією. Зменшує психологічний дискомфорт, який викликаний тривожним станом.

Динамічне спостереження за хворими проводилось в умовах неврологічного стаціонару, оцінка ефективності проводилась по шкалі IPSS шляхом заповнення анкет до та після лікування. Вже через 10-14 днів прояви гіперактивного сечового міхура у хворих I групи зменшились – у 24% хворих зникла ніктурія і частота денних сечовиділень скоротилась на 25%.У хворих II групи – у 34% хворих зникла ніктурія і частота денних сечовиділень скоротилась на 48%. Оцінка проявів гіперактивного сечового міхура через 28 днів встановила: у хворих I групи – частота нічних сечовиділень скоротилась і у 38% хворих припинилась, частота денних сечовиділень скоротилась на 43%.У хворих II групи – у 67% хворих зникла ніктурія і частота денних сечовиділень скоротилась на 58%. Після оцінки заповнених анкет до та після лікування встановлено, що сумарна оцінка по шкалі розладів сечовиділення після лікування знизилась з 34,5±2,4 до 23,8±2,9 ($p<0,05$).

Отримані результати виявили більш ефективною комбіновану терапію проявів гіперактивного сечового міхура конкурентним антагоністом холінергічних рецепторів толтеродином та анксилолітиком афобазолом.

Кричун І.І.

СТАН ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИУ ХВОРИХ НА ВЕГЕТИВНУ ДИСТОНІЮ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка
Буковинський державний медичний університет

На сьогодні є мало вивченою функція ендотелію при вегетивній дистонії (ВД), яка зараз розглядається як предиктор артеріальної гіпертензії, атеросклерозу та ішемічної хвороби серця. Тому метою дослідження було вивчення залежності між функціональним станом ендотелію судин, показниками ліпідного обміну та станом церебрального кровообігу у хворих на ВД.Для цього було обстежено32 хворих на ВД за гіпертонічним типом (19 хворих) та гіпотонічним типом (13 хворих), які знаходились на лікуванні у неврологічному відділенні міської клінічної дитячої лікарні. Середній вік хворих складав 15,7±2,1 років. Стаж хвороби у всіх обстежених хворих складав не менше 5 років. Серед обстежених було 11 осіб жіночої статі та 21 особа чоловічої статі. При дослідженні хворих були використані клінічне соматичне та неврологічне обстеження з детальним вивченням вегетативного тонусу та вегетативної реактивності, екстра та інтракраніальна доплерографія, дуплексне сканування плечової артерії при тесті реактивної гіперемії, біохімічне визначення вмісту тригліцеридів та холестерину в плазмі периферичної крові.

Екстра та інтракраніальну доплерографію проводили на апараті "Сономед-330" за стандартними методиками з використанням тестів на виявлення судинної реактивності та гемодинамічного резерву судин головного мозку.

Функціональний стан ендотелію оцінювали за допомогою тесту ендотелій залежної вазодилятації плечової артерії при реактивній гіперемії. Цей тест проводили на ультразвуковому апараті Toschiba (Японія) лінійним датчиком 7,5 МГц по стандартній методиці (D. Celermajer та співав., 1992).

Біохімічне визначення вмісту тригліцеридів та холестерину в плазмі периферичної крові проводили за допомогою реактивів фірми"KONE" (Фінляндія)на біохімічному аналізаторі "Ultra-906" цієї ж фірми.

Вивчені таким чином показники порівняні з аналогічними показниками у 10 здорових осіб аналогічного віку.

У результаті проведених досліджень виявлено, що у клінічній картині ВД по гіпотонічному типу відмічались вагоінсулярні пароксизми, які супроводжувались приступами непритомності в 19,4% випадків, і які виникали частіше на фоні емоційного навантаження. Часто відмічались запаморочення, головний біль давлючого характеру, особливо зранку, який проходив після фізичної активності чи прийому лікарських препаратів, які містять кофеїн (цитрамон, спазмалгон). При ВД по гіпертонічному типу хворі частіше пред'являли скарги на помірний головний біль давлючого або пульсуючого характеру, який виникав після

фізичного або психоемоційного навантаження, і який зникав після відпочинку або прийому аналгетиків (анальгін, ефералган), спазмолітиків (но-шпа) та седативних засобів (настоянка валеріани).

Звертало на себе увагу те, що у всіх хворих ВД, незалежно від клінічних варіантів перебігу, виявлявся "синдром загальної дизадаптації" у вигляді підвищеної стомлюваності, зниження фізичної активності, підвищеної чутливості до змін метео умов, млявості, пониженій працездатності, зниження пам'яті.

Середній вміст загального холестерину при ВД за гіпертонічним типом (1,46±0,05 г\л), ВД за гіпотонічним типом (1,43±0,06 г\л) та у осіб контрольної групи (1,42±0,08 г\л) відрізнялись один від одного статистично не вірогідно (p<0,05). Разом з тим, середній рівень тригліцеридів в сироватці крові у хворих на ВД як за гіпертонічним (0,56±0,03 г\л), так і за гіпотонічним типом (0,54±0,04 г\л) статистично вірогідно (p<0,05) був вищим від показників осіб контрольної групи (0,40±0,05 г\л) і статистично не вірогідно відрізнявся між обома групами хворих на ВД (p>0,05).

У результаті проведених досліджень було встановлено, що показники ендотелій залежної вазодилятації плечової артерії в контрольній групі хворих склали 10,95%±0,25, що відповідає умовній нормі, описаній в літературі. В групі хворих з ВД за гіпертонічним типом аналогічні показники склали 9,72%±0,3 (в порівнянні з контролем, p<0,01), а в групі хворих за ВД за гіпотонічним типом – 9,8%±0,28 (в порівнянні з контролем, p<0,01).

Доплерографічні дослідження виявили у всіх хворих з ВД за гіпертонічним типом і у 63% обстежених хворих з ВД за гіпотонічним типом гіперкінетичний тип кровообігу зі значним збільшенням показників лінійної швидкості кровотоку в магістральних артеріях голови та значною нестійкістю судинного тонусу, який буквально змінювався на очах в процесі дослідження.

Таким чином, в результаті проведених досліджень виявлені значні зміни показників церебрального кровообігу у хворих на ВД в поєднанні зі змінами ліпідного обміну та змінами функціонального стану ендотелію. Вистилаючи судинне русло зсередини, ендотеліальні клітини являють собою первинну мішень для впливу гемодинамічних, біохімічних і імунних факторів циркулюючої крові. Можна припустити, що в даної категорії хворих ендотеліальні клітини вже не можуть забезпечувати адаптацію судин до гемодинамічних перенавантажень, що в поєднанні зі змінами ліпідного обміну буде приводити до прогресування судинної патології. Отримані дані свідчать про необхідності проведення у хворих на ВД активної профілактики серцево-судинних захворювань з обов'язковим включенням ендотеліотропних засобів.

Курик В.І., Русіна С.М., Смук М.В.

КЛІНІЧНІ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
Буковинський державний медичний університет

Судинна патологія головного мозку супроводжується низкою порушень психічної діяльності і проявляється різними клінічними формами. Одним із основних проявів є астенія, оцінка якої дає можливість об'єктивно оцінити ефективність лікування, стан пізнавальних процесів при визначенні працездатності тощо. Тому метою дослідження було вивчення клінічних та експериментально-психологічних особливостей пізнавальних процесів та стану емоційно-вольової сфери хворих на церебральний атеросклероз ранньої та пізньої стадій перебігу хвороби. Для реалізації мети дослідження було досліджено астенічні розлади у 44 хворих жіночої статі віком від 45 до 65 років, які страждали на церебральний атеросклероз. Серед них були 28 хворих із сільської місцевості та 16 – міської.

У результаті проведених досліджень було встановлено, що клінічна картина у хворих на церебральний атеросклероз була різною в залежності від періоду захворювання, стану його характеру перебігу. Найчастіше захворювання дебютувало астенічним синдромом. На ранній стадії захворювання астенія мала хвильоподібний перебіг, періоди поліпшення загального стану змінювалися періодом погіршання. Найбільш ранньою ознакою астенії були розлади пам'яті (з утрудненням пригадували необхідні слова, імена, дати, прізвища, а через деякий час – згадували). Це м'який тип порушення пам'яті, що повільно прогресує та належить до гіперстенічного типу астенії. Крива запам'ятовування мала зигзагоподібний характер. Обстеження методикою Крепеліна, Шульте та коректурною пробою показали,що спочатку страждала механічна пам'ять і процес запам'ятовування, а зберігалася асоціативна пам'ять та хворі не робили помилок при відтворенні слів, що притаманно початковій стадії захворювання. У подальшому, при прогресуванні розладів пам'яті, до непостійної репродукції додавалися розлади зберігання, а пізніше запам'ятовування (40% хворих неповністю відтворювали слова, а 20% зовсім не змогли відтворити). Спостерігалося збільшення числа помилок за методикою Крепеліна та пропуски букв за коректурною пробою. Крива запам'ятовування стала рівною, торпедною, інертною – гіпостенічний варіант кривої.

Оцінюючи результати дослідження хворих, які страждають на церебральний атеросклероз, виявлені два варіанти перебігу астенічного синдрому. На початковій стадії хвороби спостерігався гіперстенічний варіант астенії, крива мала зигзагоподібний характер, м'який тип перебігу, при цьому були виявлені: порушення процесу запам'ятовування поточних подій; відсутність помилок при відтворенні конкретних подій; втрата другорядних деталей з опису при збереженні основної сюжетної лінії; чітка залежність між сумарними показниками порушення пам'яті та церебральним атеросклерозом; збереження процесів узагальнення і відтворення, але відмічалися помилки під час другорядних конкретних дій.

При прогресування захворювання виявлявся гіпостенічний варіант астенії: крива розладів запам'ятовування різко порушена і ставала інертною, торпедною; майже 40% хворих не змогли відтворити події опису, а 20% не змогли відтворити взагалі; збільшилася кількість пауз, поява помилок і подовження латентного періоду відповіді.

Таким чином, в результаті проведених досліджень було встановлено, що при церебральному атеросклерозі установлена певна кореляція між характером виснажливості і клінічною стадією захворювання.

Пашковський В.М.

ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ ТА МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
Буковинський державний медичний університет

Серед хвороб нервової системи розсіяний склероз (РС) з його мінливим перебігом займає четверте місце за поширеністю після гострих порушень мозкового кровообігу, епілепсії та паркінсонізму, а в молодому віці - друге місце після епілепсії і є особливо складним щодо можливостей успішної терапії. Незважаючи на певні досягнення в розумінні патогенезу РС, його діагностиці та лікуванні, патофізіологічні механізми виникнення окремих клінічних симптомів захворювання залишаються недостатньо вивченими, зокрема це стосується емоційних розладів.

Депресія є однією з найпоширеніших форм емоційних розладів у хворих на РС - на неї страждає понад 50 % хворих (Sadovnick et al., 1996). Непередбачуваний перебіг захворювання, його тяжкі інвалідизуючі симптоми сприяють виникненню розладів настрою у хворих. Депресивні порушення настрою виникають на будь-якій стадії РС: після встановлення діагнозу й у разі виражених неврологічних порушень (Chwastiak et al., 2002).

Наявність депресії у хворих на РС поглиблює їх інвалідизацію, сприяє соціальній дезадаптації, ізоляції. Саме тому треба вчасно виявляти і активно лікувати розлади настрою у пацієнтів з РС. Разом з тим, особливості перебігу депресивних порушень у хворих на розсіяний склероз та ефективність сучасних антидепресантів у даної категорії хворих вивчені недостатньо.

Тому ми поставили собі за мету дослідити ефективність антидепресанта серліфт (сертралін) у хворих на розсіяний склероз з проявами депресивних розладів. Для цього обстежено 30 хворих на вторинно-прогресуючий розсіяний склероз у яких виявлений високий рівень депресії за допомогою шкали депресії (Raimo K.R.,1994). З метою визначення ефективності сучасного антидепресанту сертраліну всі обстежені хворі у комплексному лікуванні, яке включало застосування метаболічних, антихолінестеразних препаратів, вітамінів групи В, симптоматичних засобів приймали сертралін по 50 мг 1 раз на день. Курс стаціонарного лікування тривав 12-15 діб. У подальшому хворі продовжували прийом даного антидепресанту в амбулаторних умовах протягом 2-3 тиж. Терапевтичну ефективність лікування хворих оцінювали за обсягом відновлення неврологічних функцій за шкалою EDSS з урахуванням динаміки ступеня вираженості депресії згідно з вибраною шкалою депресії до та після лікування. У контрольну групу увійшли 20 практично здорових осіб, які були порівнянні за демографічними показниками з пацієнтами основної клінічної групи.

У результаті проведених досліджень виявлено, що найбільше значення по використаній шкалі депресії у хворих на РС дорівнювало в наших дослідження 25 балам, а найменше - 17. Середнє значення рівня депресивних скарг склало 21,7 ± 0,8 що є з високою вірогідністю вище, як в контрольній групі (p<0,01).

Аналіз результатів лікування засвідчив, що у обстежених хворих при прийомі антидепресанту у поєднанні з традиційною терапією сумарний показник вираженості депресії за шкалою депресії (Raimo K.R., 1994) під час лікування вірогідно знизився з 21,7 ± 0,8 до 11,6 ± 0,7 (p<0,01).

При цьому, найбільш суттєво регресувало відчуття туги та сприйняття майбутнього безнадійним, де було зафіксовано статистично вірогідне зменшення рівня карг після лікування. Таку ситуацію можна пояснити не тільки впливом препарату, а і появою надії на покращання свого здоров'я після лікування в стаціонарі. Проте, показники відчуття зниження енергії та виконання будь-якої роботи через силу залишились досить високими, що вказує на можливо інші механізми виникнення цих явищ у хворих на РС.

Разом з тим, нами не було виявлено вірогідних змін неврологічного статусу за шкалою EDSS (до лікування 4,2 ± 0,24, після лікування 3,9 ± 0,23 бала; p>0,05)

Таким чином, в результаті виконання роботи виявлена висока ефективність сертраліну в корекції депресивних розладів у хворих на розсіяний склероз.

Рудницький Р.І.

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ХВОРИХ ІЗ СЕКСУАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка
Буковинський державний медичний університет

Сексуальна дисфункція у чоловіків, що призводить до подружньої дезадаптації, є актуальною проблемою, яка негативно впливає на стан здоров'я та якість життя людини. Тому ми поставили собі за мету дослідити прояви сексуальної дисфункції у чоловіків і подружню дезадаптацію та розробити медико-психологічні заходи. Для цього шляхом системно-структурного аналізу проведено комплексне обстеження 52