

БАЛАНСИРОВАНИЕ НА КРАЮ СОБСТВЕННОГО ГЕНОТИПА (ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ АЛКОГОЛИЗМА)

Ищенко Н.С.,

*(г. Гомель, Гомельский государственный технический
университет им. П. О. Сухого)*

**«Какую из новаций не возьми-
их люди осуществлять должны»**

Омар Хайям

В современных условиях алкоголизм - это одна из наиболее реальных и опасных угроз праву человека на жизнь. В странах Востока алкоголь приравнен к наркотикам. Как совершенно справедливо отметил вице-президент Международной Академии Трезвости В. Жданов - «В мире отмечен высочайший уровень смертности от алкоголизма». Несмотря на то, что ежегодно умирает более 4 тысячи человек от алкогольной интоксикации, армия алкоголиков вырастает на 10%.

Алкоголизм - заболевание, вызываемое систематическим употреблением спиртных напитков, характеризующееся патологическим влечением к ним, развитием психической (непреодолимое влечение) и физической зависимости (появлением абстинентного синдрома при прекращении употребления). В случаях длительного течения болезнь сопровождается стойкими психическими и соматическими расстройствами.

Данная проблема стала особенно актуальна для нашей страны после развала Советского Союза, когда в связи с политическими и экономическими реформами количество больных этим недугом резко возросло. Так, по данным ВЦИОМа ежегодно на каждого россиянина, включая женщин и детей, приходится по 180 литров выпитой водки.

В формировании алкогольной зависимости решающую роль играют следующие факторы:

1) Социальные факторы: культурный и материальный уровень жизни, стрессы, информационные перегрузки, урбанизация.

2) Биологические: наследственная предрасположенность. По данным Альтшуллера до 30% детей, чьи родители злоупотребляли алкоголем, могут стать потенциальными алкоголиками.

3) Психологические: психоэмоциональные особенности личности, способность к социальной адаптации и противостоянию стрессам.

Представляется, доминирующим фактором, в связи с которым алкоголизм получил широкое распространение в стране - низкая способность людей к социальной адаптации при переходе от одного строя к другому и резкое изменение социального положения населения.

В патогенезе алкоголизма по Стрельчуку выделяют три стадии: 1. Компенсированная, 2. Наркоманическая, 3. Терминальная либо стадия декомпенсации.

Тревожными признаками начала заболевания на первой стадии служат: непреодолимая тяга к употреблению алкоголя (главный симптом), потеря «чувства меры» по отношению к выпитому, формирование толерантности к алкоголю и легкой формы абстинентного синдрома.

После принятия высоких доз возникает амнезия, снижается трудоспособность. На первой стадии формируется лишь психическая зависимость. Уже в это время возможны нарушения функционирования некоторых систем органов: часто наблюдаются алкогольные кардиомиопатии, описана неврастеническая симптоматика - нарушения сна, утомляемость, беспричинные колебания настроения.

Во второй стадии болезненное влечение к алкоголю усиливается. Этому сопутствуют нарастающие психические изменения: концентрация всех интересов на алкоголе, эгоцентризм - крайняя форма индивидуализма и эгоизма, притупление чувства долга и иных высших эмоций, беспечность, эмоциональное огрубление. Характерной особенностью второй стадии является окончательное формирование абстинентного синдрома. Кроме того, во второй стадии продолжается и достигает максимума рост толерантности к алкоголю, начавшийся в первой стадии. Так, по данным А. С. Боброва из 1026 пациентов, длительно страдающих алкоголизмом (вторая стадия) 78% требовалось для достижения состояния опьянения принять внутрь не менее 500 ml водки. Из соматических расстройств наблюдаются: алкогольная жировая дистрофия и даже цирроз печени. Со стороны ЖКТ - гастриты, панкреатиты.

В третьей стадии на первый план выдвигаются признаки психического оскудения, соматического одряхления и падения толерантности к алкоголю (что мы зачастую видим у лиц БОМЖ). Амнезия случается даже при приеме малых доз алкоголя. При этом меняются как характер опьянения, так и характер влечения к алкоголю, который из предмета смакования превращается в средство поддержания жизнедеятельности.

Общетоксическое действие:

1) Мембраноразрушающее действие. Этиловый спирт нарушает состояние мембран, изменяет их проницаемость, грубо нарушает систему трансмембранного транспорта.

2) Патогенное действие продуктов метаболизма этилового спирта:

После прохождения гематоэнцефалического барьера сивушные масла и ацетальдегид усиливают высвобождение, взаимодействуют с дофамином и норадреналином, оказывая психостимулирующее и галлюциногенное воздействие.

3) Изменение метаболизма:

Изменяется жировой обмен - активируется липогенез, синтез холестерина. Итог атеросклероз, жировая дистрофия печени.

Ингибируется цикл Кребса, снижается глюконеогенез, что способствует гипогликемии.

Блокируется синтез белка, в результате чего развивается гипопроотеинемия.

Эффекты воздействия на Центральную нервную систему (ЦНС):

Выделяют две фазы действия алкоголя на ЦНС:

1) Фаза возбуждения, характеризуется эйфорией, ощущением бодрости и прилива сил, расторможенностью, снижением самокритичности. Во время этой фазы нарушается метаболизм нейронов Кору Головного Мозга (КГМ), снижается количество серотонина, усиливается выделение адреналина, норадреналина, дофамина, которые в эту стадию активно метаболизируются; активируется эндогенная опиоидергическая система: происходит выделение энкефалинов, эндорфинов, благодаря которым изменяется мироощущение человека.

2) Фаза угнетения, эйфория сменяется дисфорией, причиной тому снижение метаболизма норадреналина и дофамина, повышенная концентрация которых вызывает угнетение ЦНС и депрессию.

Механизмы развития алкогольной зависимости до настоящего времени полностью не познаны. Ранее предполагалось, что формирование зависимости связано с изменением соотношений химических веществ в мозге. В снижении уровня серотонина и морфиноподобных веществ виделась основная причина возникновения абстинентного синдрома, который является пусковым стимулом для «самостимуляции» спиртным.

Однако в сопоставлении с клиническим опытом данная теория не полностью подтвердилась: Казалось бы, с внедрением в практику фармакологических препаратов, нормализующих содержание в тканях мозга серотонина, дофамина, эндорфинов, энкефалинов и рецепторов к ним, проблема лечения алкоголизма должна была бы быть решена, но как и прежде *частота рецидивов* заболевания остаётся высокой. Как выяснилось недавно, кроме изменения химизма мозга, происходят перестройки его электрической активности и морфологии в образованиях, относящихся к лимбической системе. И именно *совокупность химических, морфологических и электорофизических перестроек приводит к установлению стойкой алкогольной зависимости.*

Эффекты воздействия на репродуктивную систему: Алкоголь оказывает, несомненно, вредное влияние на яички и яичники. При этом одинаково вредно как частое опьянение, так и систематический приём значительных количеств алкоголя. Под влиянием злоупотребления алкоголем наблюдается жировое перерождение семенных канальцев и разрастание соединительной ткани в паренхиме яичек у лиц, страдающих алкоголизмом. Особой выраженностью токсического действия на железистую ткань яичка обладает пиво, которое намного легче иных алкогольных напитков проникает через гематотестикулярный барьер, вызывая жировое перерождение железистого эпителия семенных канальцев.

Наряду с непосредственным токсическим действием алкоголя на яички, известное значение имеет развивающееся у страдающих алкогольной зависимостью нарушение функции печени и способности её разрушать эстроген. Известно, что при циррозе печени значительно повышается количество эстрогена как у мужчин, так и у женщин, что приводит к торможению гонадотропной функции гипофиза и последующей атрофией половых желёз.

Следует указать, что при злоупотреблении алкоголем раньше или позже, в зависимости от индивидуальных особенностей и выносливости организма, нарушается также и половая потенция, что связано со снижением условных и безусловных рефлексов, вследствие тормозного действия на подкорковые центры.

У женщин наблюдаются расстройства регулярности менструального цикла. Из-за токсического действия на надпочечники, алкоголь ингибирует выработку в них андрогенов, обуславливающих половое влечение, расплата за злоупотребление - снижение либидо, а в далеко зашедших случаях возможно развитие вторичной фригидности. При приёме спиртных напитков во время беременности обнаруживаются тератогенные свойства, возможно формирование у будущего ребёнка генетически детерминированной наследственной склонности к алкоголизму.

Таким образом, можно сделать следующий вывод: Проблема алкоголизма для нашей страны сверхактуальна. Этиология и механизмы болезни требуют дополнительного изучения. Как известно, болезнь легче предупредить, чем лечить, поэтому кроме лечения болезни, которое на сегодняшний день не эффективно (до 80% рецидивов), требуется искоренять причины этой проблемы. Относительно простым выходом из данной ситуации, по мнению ряда врачей, могло бы стать радикальное повышение цен на спиртные напитки, которое снизило бы их доступность. Трудно согласиться с данным мнением, учитывая исторический опыт многих стран и нашей в том числе (вспомним хотя бы опыт Российской империи в период I Мировой войны, когда было предпринято аналогичное решение, что не только не улучшило положения, но даже ухудшило).

Алкоголизм занимает почетное место среди заболеваний, связанных с зависимостью от психоактивных веществ. Алкоголизм как болезнь, преимущественно, - результат неадекватной (по способу адаптации) реакции несовершенного человека к стрессогенным условиям жизни. Произошедшие к концу XX века изменения структуры заболеваемости и смертности с преобладанием хронических неинфекционных заболеваний, болезней образа жизни, сам все более стрессогенный образ жизни современного человека, вынуждающий его «балансировать на краю собственного генотипа» - все это ведет к глобальному росту злоупотребления психоактивными веществами. Реалистические прогнозы на ближайшее будущее предполагают неизбежность дальнейшего роста значимости проблемы зависимости от алкоголя и иных психоактивных веществ.

Несмотря на огромный массив полученных данных, бросается в глаза теоретическая и концептуальная неразработанность проблемы заболеваний, связанных с зависимостью от психоактивных веществ в целом, и алкоголизма в частности. Отсутствие современной, объединяющей концепции алкоголизма сдерживает эффективное осуществление научных исследований, препятствует разработке методов его диагностики, лечения и профилактики.

Вместе с тем, попыток создания концепции алкоголизма предпринималось немало. Обоснованные претензии к проблеме алкоголизма и на его интерпретации выдвигались представителями самых различных дисциплин, его изучающих: психиатрами, наркологами (алкоголизм - психическое заболевание), психологами (алкоголизм - патология личности), социологами (алкоголизм - социальное заболевание), юристами (алкоголизм - усиление административной, уголовной ответственности), терапевтами (алкогольная болезнь) и т.д. В связи с этим и сами границы алкоголизма как заболевания во многом зависят от подхода исследователя.

Существующая разобщенность исследователей приводит к тому, что алкоголизм с позиций наркологов и психиатров, и алкоголизм с позиций терапевтов

и морфологов выглядят как два разных болезненных процесса. В первом случае идут поиски симптомо-комплекса зависимости от алкоголя, и отсутствие зависимости исключает диагноз. Выраженность токсического поражения может не обнаруживать себя клинически и не влиять на постановку диагноза.

Во втором случае за основу берется морфология токсического поражения тканей и органов. При этом зависимость - суть алкоголизма как психического заболевания, и не имеющая морфологических маркеров, выносится за скобки. В результате предлагаемые критерии диагностики практически стирают грань между злоупотреблением алкоголем и алкоголизмом. По мнению В. Б. Миневича и О. К. Галактионова [5], наркология - многомерное пространство признаков. Каждый исследователь прибегает к редукции - проецирует это пространство на избранную плоскость в заданной системе координат: один на плоскость биологии, другой - социальных отношений и т.д. При этом каждый такой подход правомерен, но заведомо неполон.

Иллюстрацией тому является история формирования представлений о симптоматологии алкоголизма.

М. Хусс, выделивший алкоголизм как нозологическую единицу, в свое время сделал это, обобщив совокупность психических и соматоневрологических нарушений преимущественно токсического генеза. В дальнейшем, в связи с проблемами лечения, исследования алкоголизма осуществлялись в основном в психиатрии. В центре неизбежно оказалась проблема преодоления зависимости от алкоголя. Но и представители классической психиатрии также по-разному интерпретировали основу алкоголизма. Так, одни видели в стремлении к алкоголю проявления дисфории в рамках эпилептических расстройств (Гризингер, Гаупп). Иные полагали, что алкоголизм развивается на основе циклотимии и МДП (Маньян, Рыбаков, Осипов). Третьи относили зависимость от алкоголя к расстройствам сферы влечений (Крафт-Эббинг, Бирнбаум). Общее, что объединяло эти различные подходы - отказ в признании нозологической самостоятельности алкоголизма.

Дальнейшее усложнение симптоматиологии происходило за счет использования представлений из арсенала поведенческого подхода (Джеллинек). Наконец, в последнее время среди признаков заболевания закрепились психологические представления (в основном, личностные конструкты) и даже социально-психологические.

Существуют попытки концептуального сведения различных интерпретаций. Наибольшие усилия связаны с попыткой создания биопсихосоциальной модели алкоголизма. Однако, по сути, это лишь декларация и механическое сведение разнородных подходов.

Алкоголизм рассматривается и с позиций мультифакториальных заболеваний. По мнению сторонников такого подхода [2], клинко-генетические и эпидемиологические данные позволяют заключить следующее: 1) алкоголизм является самостоятельным генетически детерминированным заболеванием, биометрически аналогичным тем, которые называют «эндогенными»; 2) структура его статистического диатеза напоминает другие мультифакториальные заболевания и свидетельствует о наследовании алкоголизма по такому признаку, как степень его тяжести; 3) социальные факторы отходят на второй план по сравнению с факторами генетическими, но, накапливаясь, они способны увеличить частоту алкоголизма в 2,5 раза.

В России, Беларуси исторически преобладает клинически-обоснованный подход к динамическо-процессуальному пониманию алкоголизма, содержащий основу для всего спектра интерпретаций. В настоящее время он, видимо, является единственным, способным стать объединяющим для исследователей различных направлений [3,4,7] и др. Традиционные клинические признаки заболевания достаточно упорядочены в отечественных клинических схемах заболевания. Осуществлены и математически корректные исследования. Так, по данным В. Л. Минутко (1992), который провел факторный анализ симптоматики у 375 больных алкоголизмом, определяется четкая взаимосвязь психоорганического синдрома с длительностью и выраженностью алкогольной интоксикации. В то же время, алкогольная деградация не имеет достоверной связи с продолжительностью систематического злоупотребления алкоголем. Эти два симптомокомплекса имеют разный генез.

Анализ симптоматики показал, что наиболее специфический симптом алкоголизма - потеря контроля. Далее следуют абстинентный синдром и первичное влечение к алкоголю. Наиболее неспецифический симптом - амнестические формы опьянения.

По мнению Ю. В. Валентика [1], к числу основных факторов, определяющих структурно-динамические закономерности заболевания, относятся следующие: давность существования алкоголизма, продолжительность рецидива заболевания, влечение и аверсия к алкоголю, толерантность к этанолу, алкогольная деградация личности, соматическая патология.

Именно с клинико-динамических и клинико-психологических позиций им была предпринята попытка выделения факторов, определяющих симптоматику алкоголизма. С помощью специально разработанной карты обследования были изучены признаки заболевания у 410 больных алкоголизмом. Полученные данные были обработаны с помощью многомерного корреляционно-регрессионного анализа. Были определены качественно разнородные совокупности признаков, по-видимому, связанные с действием качественно различных причин. Многомерный корреляционно-регрессионный анализ симптоматики алкоголизма позволил сгруппировать ее по основным определяющим факторам.

Токсический фактор. Токсический блок в структуре алкогольного опьянения. Токсический блок в структуре алкогольного абстинентного синдрома. Постинтоксикационные расстройства. Психоорганический синдром. Соматоневрологические расстройства, осложнения и последствия алкоголизма [6]. На экзогенный алкоголь организм реагирует как на ксенобиотик - это химический стресс. К нему далее добавляется психологический и иные виды стресса. Длительное влияние гормонов, обеспечивающих формирование реакции стресса, вызывает выраженные нарушения в липидном, углеводном обмене, а также в обмене электролитов. Длительное увеличение содержания катехоламинов в крови само по себе приобретает патогенетическое значение. Если такой комбинированный стресс становится хроническим, то вслед за ограниченным ростом толерантности, закономерно истощаются и страдают центральные и периферические регуляторные системы.

Несмотря на распространенное представление о том, что соматические последствия алкогольной интоксикации обнаруживаются на продвинутых этапах заболевания, многочисленные исследования показывают, что алкогольная патология внутренних органов может развиваться на самых разных этапах злоупотребления алкоголем: от бытового пьянства до финальной стадии алкоголизма [8]. По-

видимому, это во многом определяется индивидуальной чувствительностью и особенностями реактивности.

Фактор зависимости. Психотропные эффекты опьянения. Первичное патологическое влечение к алкоголю. Вторичные формы патологического влечения к алкоголю (утрата контроля и потребность в опохмелении). Изменения личности по алкогольному типу. Созависимость.

По своей сути симптомокомплекс зависимости от алкоголя есть стержень заболевания, объединяющий разрозненные эпизоды алкоголизации и, одновременно - основная мишень терапии алкоголизма. Представляется, что зависимость, ее формирование и развитие может претендовать на статус типового патологического процесса, в силу своей сложности, к сожалению, недостаточно пока изученного. При этом под типовым патологическим процессом понимается закономерно возникающая последовательность реакций на действие патогенного фактора.

На условном психобиологическом уровне функционирования пациентов у 93,9% обследованных определялось патологическое влечение к алкоголю. Оно имело циклически повторяющуюся фазную динамику: фаза манифестации (первичные и вторичные формы), фаза дезактуализации (вторичные формы), латентная фаза, фаза актуализации (первичные формы).

На условном психологическом уровне функционирования у 80,3% пациентов определялась специфические изменения личности по алкогольному типу. Формировалась «алкогольная» субличность (алкогольное «Я») и обнаруживалась фазовая внутриличностная динамика: доминирование алкогольного «Я» вблизи алкогольного эксцесса, диссоциированный личностный статус при переходе к светлому промежутку, доминирование нормативного личностного статуса в светлом промежутке, диссоциированный личностный статус при переходе к очередному алкогольному эксцессу [1]. «Алкогольное Я» - «отпечаток» синдрома зависимости в структуре личности пациента. Оно постепенно формируется в ходе болезни, обслуживая алкоголизм и алкогольную деятельность, концентрируя в себе специфические алкогольные установки, смыслы, ценностные ориентации, стереотипы поведения. В разгар болезни у пациентов определяется своеобразная личностная поляризация: один полюс личности представляет болезненное «Я», а другой - сохраненные, здоровые части личности, противостоящие алкоголизму и консолидирующиеся в «нормативное Я».

На условном социально-психологическом уровне функционирования у 76% обследованных определялись повторяющиеся патологические стереотипы созависимого функционирования в ближайшем микросоциальном окружении [9]. Так, наиболее типичный стереотип созависимости («балльная система») заключался в следующем. Вблизи алкогольного эксцесса фиксировалась фаза набора отрицательных баллов, связанная с нежелательным поведением пациента. Далее следовала дисбалансная фаза, когда патологическое поведение пьющего прекращалось. Следом за этим фиксировалась компенсаторная фаза набора условных положительных баллов, связанная со стремлением пьющего возместить в светлом промежутке ущерб, нанесенный близким в период эксцесса. По завершению данной фазы семейная система вступала в неустойчивую балансную фазу, предшествующую очередному алкогольному эксцессу. С началом очередного эксцесса алкогольный цикл повторялся.

У различных больных различные компоненты синдрома зависимости были представлены в различной степени. Неустраненные процессы зависимости на каком-то одном уровне, способствовали актуализации процессов зависимости на иных

уровнях. Игнорирование в ходе психотерапии воздействия на описанные выше инвариантные мишени, ведет к консолидации процессов зависимости и к рецидивам болезни.

Фактор почвы. Наследственная отягощенность (по родственникам 1 степени родства). Сопутствующая патология. Характерологические особенности. Тип неспецифической реактивности.

Этот фактор объединяет генетические и конституционально - обусловленные особенности пациентов. Так, устойчивые характерологические различия могут лечь в основу типологии клинических вариантов заболевания, которые существенно отличаются друг от друга в различных группах больных. В исследованиях Е.М. Новикова (1995) показано, что и клиника и терапия алкоголизма в значительной степени зависят от конституциональных особенностей реагирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Фактор фона. Жизненная ситуация, на фоне которой разворачивается заболевание. Асоциальная или антисоциальная окружающая среда и условия формирования личности. Психотравмы и реактивные образования. Формы и эффективность предшествующего противоалкогольного лечения. Патоморфоз заболевания, в том числе терапевтический.

Выделенные множественные корреляции признаков не исчерпывают всего многообразия симптоматики алкоголизма. Группировка обнаруживает, что многие привычные клинические конструкторы (форма злоупотребления алкоголем, темп прогрессивности заболевания и др.) имеют сложный генез, в котором участвует целый ряд факторов.

Является ли алкоголизм алкогольной болезнью? Является, в той степени, в какой опийная наркомания является опийной болезнью, гашишизм-гашишной болезнью, а табакокурение является табачной болезнью. То есть, в том смысле, в каком могут суммироваться совокупные избирательные и общие токсические эффекты вещества, которым злоупотребляют. Пространство алкоголизма как болезни и пространство фактора токсического действия алкоголя во многом совпадают, но, одновременно и расходятся. С одной стороны, второе шире первого и включает значительную часть выраженной клиник заболевания и симптоматики зависимости, не случаев злоупотребления алкоголем. С другой стороны, в ряде случаев алкоголизма определяются сколько-нибудь выраженные токсические эффекты. К ним, в частности, относятся выявленные С. Н. Дворяком (1988) гормонально защищенные пациенты - «гиперандройды», с высоким уровнем андрогенов.

На основании полученных данных намечается возможность преодоления концептуальной разобщенности узких интерпретаций алкоголизма. В будущем, по мере изучения и уточнения факторных критериев и их градаций, становится возможным переход к постановке многомерного диагноза алкоголизма. Становится возможным также определение индивидуальных профилей патологии у больных алкоголизмом и реальной индивидуализации лечебных программ. Представляется, что в настоящее время создаются предпосылки для создания **многомерной системной концепции алкоголизма**.

О вреде алкоголя можно говорить много. Лев Толстой дважды в своих произведениях рассказывает старинную притчу: «Поспорили дьявол и инок (монах). Ставка их пари: проигравший выполняет на свой выбор одно из трех требований выигравшего пари. Проигравший монах должен был выполнить одно из требований дьявола: убить человека, либо напиться пьяным, либо соблазнить жену ближнего

своего. Инок задумался, что же выбрать? Как человек святой он не может причинить вред другому и выбирает - напьюсь допьяна и причину вред себе самому. Напившись до положения риз (страшное опьянение) с помутившимся сознанием он соблазняет жену ближнего. Когда муж встает на защиту поруганной чести, иннок убивает мужа».

Суть притчи ясна.

Определить соотношение алкоголизма и преступности можно следующим образом: алкоголь тянет к преступлению, а преступление - к алкоголю.

На почве пьянства совершается значительная часть тяжких преступлений (хулиганств, изнасилований, убийств, различной степени телесных повреждений и пр.). Другая сторона связи алкоголизма и преступности - чтобы пить, надо найти алкоголь (деньги на него). Опьянение также способствует тому, что человек чаще становится жертвой преступников, либо собственной или чужой неосторожности.

Литература

1. Валентик Ю. В. Принципы и мишени психотерапии больных алкоголизмом. // Вопр. наркологии, 1995.- № 2.-С.65-69.
2. Гончаров М. В. Популяционно-генетический подход к проблемам распространенности наркологических заболеваний. // Вопр. наркологии, 1994.- № 1. - С.88-93.
3. Иванец Н. Н., Валентик Ю. В. Алкоголизм.- М.: Наука, 1988. - 176 с.
4. Иванец Н. Н., Игонин А. Л. Клиника алкоголизма. В кн.: Алкоголизм (руководство для врачей). П/р Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна.- М.: Медицина, 1983.- С.75-99.
5. Миневич В. Б., Галактионов О. К. Этнонаркология в контексте антропологической психологии. В кн.: Концептуальные вопросы наркологии.- М.: 1995,-С.33-37.
6. Нужный В. П., Тезиков Е. Б., Успенский А.Е. Постинтоксикационный алкогольный синдром. // Вопр. наркологии, 1995.- № 2. - С.51-59.
7. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. - М.: Медицина, 1971.- 368 с.
8. Чернобровкина Т. В. Энзимопатии при алкоголизме. Киев: Здоровье, 1992. - 312 с.