

Встановлено прямий кореляційний зв'язок інтенсивності карієсу зубів у дівчаток з габаритними показниками, всіма повздовжніми розмірами тіла, шириною дистальних епіфізів, обхватними розмірами тіла (грудної клітини на вдиху, видиху та стани спокою), поперечними розмірами тіла, компонентним складом маси тіла (м'язовою і кістковою масою за Матейко і м'язовою масою за АІХ); у хлопчиків лише з соматотипом.

Вплив конституціональних особливостей будови тіла на інтенсивність карієсу зубів було встановлено в дослідженнях С.А.Гонтаря з співавторами. [1992], які виявили, що у осіб віком 16-40 років із гіперстенічним соматотипом резистентність емалі зубів до карієсу вища, ніж у астеничного типу. При цьому показники КГВ в першому випадку склали в середньому 3,2, а в другому - 8,9. О.В.Тегако [2002], аналізуючи показники фізичного розвитку та їх зв'язок з інтенсивністю карієсу зубів у 158 підлітків 12-15 років встановила, що у осіб з м'язовим і невизначеним соматотипом відмічалась найбільш висока ураженість зубів карієсом. В.Р.Окушко з співавторами [1992], вивчаючи взаємозв'язок інтенсивності карієсу і рівня гармонічного фізичного розвитку підлітків з різними типами конституції, встановили, що при зростанні індексу Каупа зменшується інтенсивність карієсу зубів у підлітків з дигестивним

соматотипом. Автори пояснюють цей феномен прискореним фізичним розвитком підлітків даної групи.

### Висновки та перспективи подальших розвідок

1. Встановлено, що антропометричні і соматотипологічні параметри тіла достовірно більші у дівчаток з середнім і високим рівнями інтенсивності карієсу зубів (за винятком меншої товщини шкірно-жирових складок), а при низькому рівні інтенсивності карієсу - навпаки достовірно менші.

2. Виявлено, що у хлопчиків при різних рівнях інтенсивності карієсу зубів антропометричні і соматотипологічні параметри тіла достовірно більші, ніж у дівчаток.

3. Поведений кореляційний аналіз встановив достовірні прямі і зворотні зв'язки між антропометричними та соматотипологічними параметрами тіла та загальною інтенсивністю карієсу зубів особливо у дівчаток.

Застосування нами комплексного віко-статевих та сомато-антропометричного підходів при вивченні інтенсивності карієсу зубів дасть можливість більш визначено підійти до питання раннього виявлення груп ризику та прогнозувати карієс зубів у підлітків.

### Література

Бунак В.В. Антропометрия.- М.: Учмедгиз Наркомпроса РСФСР, 1941.- 368с.  
 Бунак В.В. Выделение этапов онтогенеза и хронологические границы возрастных периодов //Сов. педагогика.- 1965.- №11.- С.105-119.  
 Жук И.В. Рося М.Н. Конституция и резистентность зубов к кариесу //Новости спортивной и медицинской антропологии.- М., 1990.- Вып.2.- С.69-70.  
 Ковешников В.Г., Никитюк Б.А. Медицинская антропология.- Киев: Здоровье, 1992.- 200с.  
 Некоторые конституциональные аспекты

кариесрезистентности зубов / Е.А.Гонтарь, А.А.Удод, М.Н.Рося, И.В.Жук //Тез. докл. науч. конф. "Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии".- Красноярск, 1992.- С.52-53.  
 Никитюк Б.А. Соотношение общего, частного и регионального в учениях о конституциях человека //Новости спортивной и медицинской антропологии.- М., 1990.- Вып.2.- С.14-17.  
 Никитюк Б.А., Чтецов В.П. Морфология человека.- М., 1990.- С.332-345.  
 Окушко В.Р., Трофимец Е.К., Ярова С.П. Интенсивность кариеса у подрост-

ков различных типов конституции // Тез. докл. науч. конф. "Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии".- Красноярск, 1992.- С.54.  
 Тегако О.В. Конституция, диагностика и лечение заболеваний зубной системы //Материалы IV Международного Конгресса по интегративной антропологии.- СПб.: Издательство СПбГМУ, 2002.- С.362-363.  
 Carter J.L., Heath V.H. Somatotyping - development and applications.- Cambridge University Press.- 1990.- 504p.

УДК: 616-052/53:617-089

## ОСОБЛИВОСТІ ВІКОВОГО ТА СЕЗОННОГО РОЗПОДІЛУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА СЕПТИЧНІ ФОРМИ ГОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ

**Д.С.Солейко**

Кафедра дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (вул.Пирогова, 56, м.Вінниця, Україна, 21018)

**Резюме.** Проаналізовано кількісне співвідношення дітей у вікових групах, які лікувались в період з 1993 по 2003 рік в хірургічному стаціонарі з приводу гострого гематогенного остеомієліту і зокрема септичних форм остеомієліту. Представлений аналіз сезонності захворюваності на септичні форми гострого гематогенного остеомієліту в окремих вікових групах.

**Ключові слова:** гострий гематогенний остеомієліт, септичні форми, сезонність.

**Summary.** The quantitative ratio of children in the age groups which were treated during the period from 1993 till 2003 in a surgical hospital with acute hematogenous osteomyelitis and, in particular, septic forms of osteomyelitis, was analysed. The analysis of disease incidence for septic forms of acute hematogenous osteomyelitis in separate age groups is submitted.

**Key words:** acute hematogenous osteomyelitis, septic forms, seasonality.

**Вступ**

Питання діагностики та лікування септичних форм гострого гематогенного остеомієліту (ГГО) не втрачають актуальності, не зважаючи на появу антибактеріальних препаратів нового покоління та розробку новітніх методів ранньої діагностики [Кукуруза, 1984; Ковальчук, 2000; Якименко, 2003]. Наявність таких ускладнень, як метастатична пневмонія, гнійний перикардит, септичний шок, SIRS обумовлюють важкість лікування та наявність негативних віддалених наслідків: вкорочення та деформація кінцівки, патологічних переломів та вивихів, хибних суглобів [Ажжигитов, Юдин, 1998; Ніколаєва з співавт., 2002].

Практично не висвітленими в медичних джерелах залишаються питання аналізу вікового та сезонного розподілу дітей, хворих на септичні форми гострого гематогенного остеомієліту, які, на наш погляд, мають важливе практичне значення як для дитячих хірургів обласних лікувальних закладів, так і для дитячих лікарів РТМО. Існуюча в останнє десятиріччя тенденція до збільшення питомої ваги септичних форм гематогенного остеомієліту свідчить про особливу актуальність цієї теми.

Метою дослідження є визначення рівня захворюваності дітей на септичні форми гострого гематогенного остеомієліту різних вікових груп: в період новонародженості, від 1 місяця життя до 3 років, від 3 до 7 років, від 7 до 15 років. А також визначення сезонності захворюваності на септичні форми гострого гематогенного остеомієліту у пацієнтів з вищезазначених вікових груп.

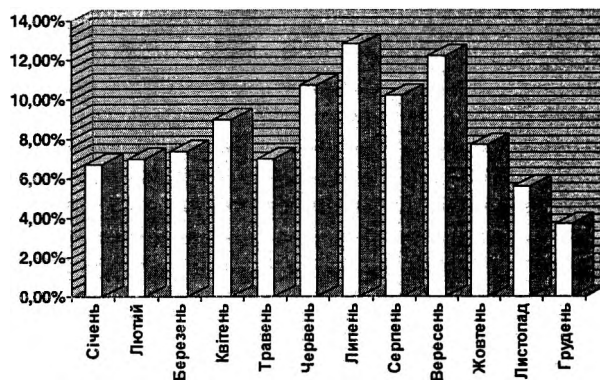
**Матеріали та методи**

В період з 1993 по 2003 рік в хірургічному відділенні обласної дитячої лікарні м.Вінниця на лікуванні знаходилась 431 дитина з гострим гематогенним остеомієлітом. З них у 122 були діагностовані септичні форми, що становить 28,3% (рис. 1).

**Результати. Обговорення**

З приводу гострого гематогенного остеомієліту з 1993 по 2003 рік в січні захворіло 29 дітей (6,7%), в лютому - 30 (7%), в березні - 32 (7,4%), в квітні - 39 (9%), в травні - 30 (7%), в червні - 46 (10,7%), в липні - 55 (12,8%), в серпні - 44 (10,2%), в вересні - 53 (12,2%), в жовтні - 33 (7,7%), в листопаді - 24 (5,6%), в грудні - 16 (3,7%) (рис. 2).

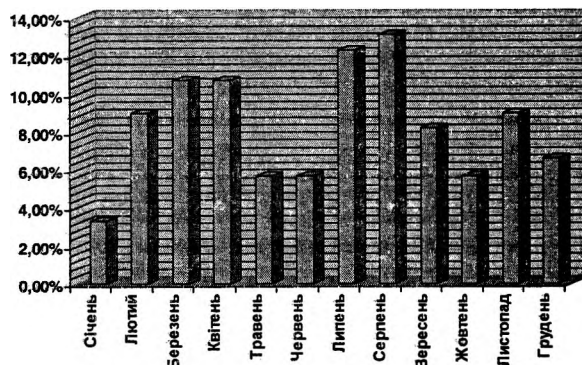
Вищенаведені дані не зовсім відповідають загально прийнятій думці про те, що пік захворюваності на гематогенний остеомієліт припадає на пе-



**Рис. 2.** Сезонність захворюваності на гострий гематогенний остеомієліт в період з 1993 по 2003 рр.

ріод весна - осінь. Виникає питання - чим зумовлена велика кількість пацієнтів з даним захворюванням в літні місяці. На нашу думку це можливо пояснити збільшенням фізичної активності та впливом зовнішнього середовища на організм у вищезазначений період.

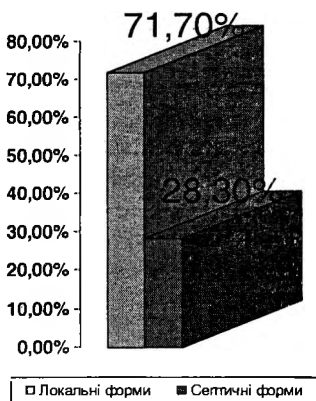
На септичні форми остеомієліту в період з 1993 по 2003 р.р. в січні захворіли 4 дитини (3,3%), в лютому - 11 (9%), в березні - 13 (10,7%), в квітні - 13 (10,7%), в травні - 7 (5,7%), в червні - 7 (5,7%), в липні - 15 (12,3%), в серпні - 16 (13,1%), у вересні - 10 (8,2%), в жовтні - 7 (5,7%), в листопаді - 11 (9%), в грудні - 8 (6,6%) (рис. 3).



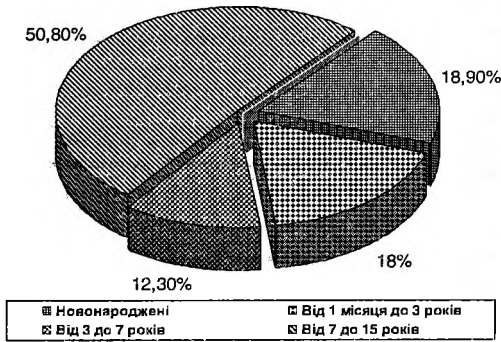
**Рис. 3.** Сезонність захворюваності на септичні форми гострого гематогенного остеомієліту в період з 1993 по 2003 рр.

При розгляді сезонності захворюваності на септичні форми ГГО звертає на себе увагу пікова кількість хворих в липні і серпні, коли кількість факторів, які сприяють загостренню хронічних інфекцій, аутосенсibiлізації, зниженню захисних сил організму мінімальна. На наш погляд, це свідчить про велику важливість соціального фактору в структурі причин, які сприяють безпосередньому виникненню генералізованих форм захворювання.

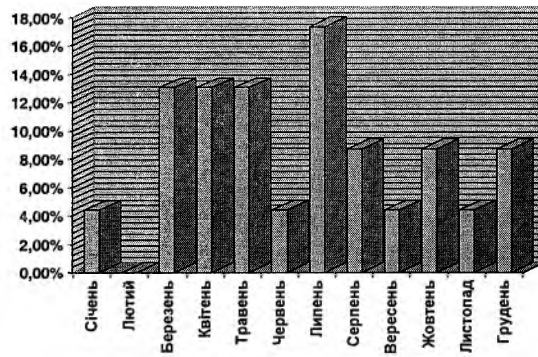
З приводу септичних форм гострого гематогенного остеомієліту в період новонародженості лікувалось 23 дитини (18,9%), віком від 1 місяця до 3 років - 22 (18%), від 3 до 7 років - 15 (12,3%), від 7 до 15 - 62 (50,8%) (рис. 4).



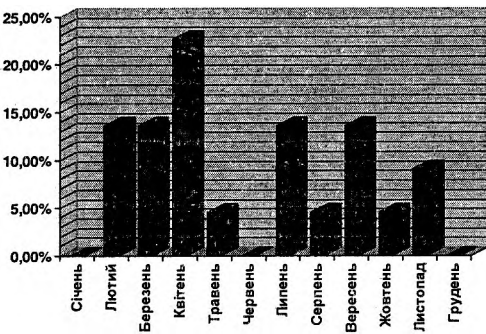
**Рис. 1.** Процентне співвідношення локальних та септичних форм гострого гематогенного остеомієліту за період 1993-2003 рр.



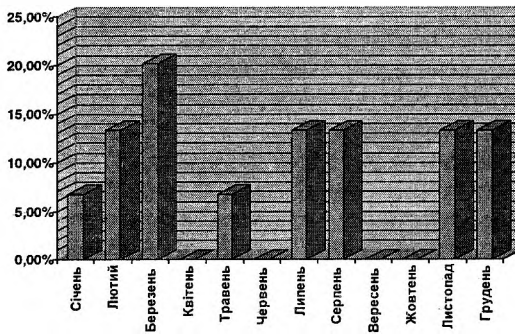
**Рис. 4.** Віковий розподіл дітей з септичними формами гострого гематогенного остеомиєліту.



**Рис. 5.** Сезонність захворюваності на септичні форми гострого гематогенного остеомиєліту в групі новонароджених.



**Рис. 6.** Сезонність захворюваності на септичні форми гострого гематогенного остеомиєліту у віковій групі від 1 місяця до 3 років.



**Рис. 7.** Сезонність захворюваності на септичні форми гострого гематогенного остеомиєліту у віковій групі від 3 до 7 років.

Велика кількість авторів відмічає, що у віковій структурі ГГО пік захворюваності припадає на вік 7 - 15 років, що обумовлено найбільшою структурно-функціональною перебудовою кісткової тканини та уразливістю імунної системи на тлі вікових гормональних змін. Друга по кількості хворих група це діти до 3 років, коли ще не завершено формування імунної системи організму. Такий розподіл за віковими групами ми бачимо і в структурі захворюваності септичними формами.

У віковій групі новонароджених сезонність захворюваності на септичні форми була розподілена наступним чином: січень - 1 дитина (4,4%), березень - 3 (13%), квітень - 3 (13%), травень - 3 (13%), червень - 1 (4,4%), липень - 4 (17,3%), серпень - 2 (8,7%), вересень - 1 (4,4%), жовтень - 2 (8,7%), листопад - 1 (4,4%), грудень - 2 (8,7%) (рис. 5).

Від 1 місяця до 3 років на септичні форми ГГО в період 1993-2003 р.р. захворіло в лютому - 3 дитини (13,6%), в березні - 3 (13,6%), в квітні - 5 (22,7%), в травні - 1 (4,6%), в липні - 3 (13,6%), в серпні - 1 (4,6%), у вересні - 3 (13,6%), у жовтні - 1 (4,6%), в листопаді - 2 (9,1%) (рис. 6).

У новонароджених та пацієнтів до року велика увага повинна приділятися проблемним аспектам внутрішньоутробного розвитку, пологів та проблемам стану здоров'я матері дитини під час вагітності. В.І.Ковальчук та Б.І.Мацкевич [1998] вказують, що основним джерелом розвитку гострого гематогенного остеомиєліту у дітей раннього віку є ендогенна інфекція. Інфікування новонародженого патогенною флорою

може відбуватись внутрішньоутробно, під час пологів, а також в постнатальному періоді, коли джерелом інфекції можуть бути мати дитини, інші діти, медичний персонал, предмети догляду за новонародженим. Ми підтримуємо думку авторів, що одночасне виникнення декількох вогнищ є наслідком розвитку бактеріємії, госпітальної інфекції.

На думку Ю.К.Абаєва [2003] в останні роки значно частіше констатується внутрішньоутробне інфікування та реалізація інфекції, що пов'язано зі значною частотою ускладнень гестаційного періоду у матерів.

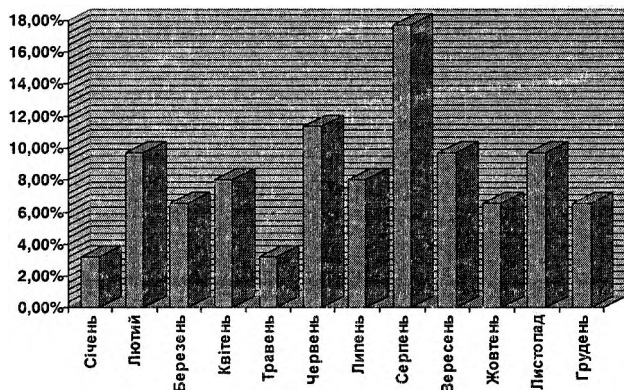
Ю.М.Кохан з співавторами [1997] відмічає, що у 36%

матерів вагітних був діагностований пієлонефрит, у 47% - ендометрит. У 56% матерів були стрімкі пологи, а 47% мали акушерську допомогу. У більшості навколоплідні води були зелені, мутні; у 36% спостерігалось передчасне відходження навколоплідних вод (безводний період близько 12 годин).

Ю.К.Абаєв [2003] вказує, що 89,6% матерів мали ускладнення під час вагітності та пологів: запальні захворювання геніталій, вагінози, загрозу переривання вагітності, тривалий безводний період, внутрішньо-маткову інфекцію, превентивну антибактеріальну терапію та оперативне родорозрешення.

За даними Ю.М.Кохана з співавторами [1997] великий відсоток дітей, які хворіли на ГГО в період новонародженості, по народженні мав гіпотрофію, недоношеність. У 92,1% новонароджених спостерігалась хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода, зниження фето-плацентарного та матково-плацентарного кровотоку, затримка розвитку плода за даними УЗД-дослідження, асфіксія під час пологів, черепно-мозкова травма, реанімаційні заходи, гепатоспленомегалія, транзиторні внутрішньочерепні та неврологічні зміни, а також різноманітні запальні захворювання.

У віковій групі від 3 до 7 років сезонність захворюваності септичними формами ГГО мала таку картину: січень - 1 (6,7%), лютий - 2 (13,3%), березень - 3 (20,1%), травень - 1 (6,7%), липень - 2 (13,3%), серпень - 2 (13,3%), листопад - 2 (13,3%), грудень - 2 (13,3%) (рис. 7).



**Рис. 8.** Сезонність захворюваності на септичні форми гострого гематогенного остеомієліту в віковій групі від 7 до 15 років.

Віковий період від 3 до 7 років є відносно благополучним у відношенні септичних форм ГГО. З одного боку це пояснюється більшою сформованістю імунної системи, ніж в попередній віковій групі, з другого - меншим впливом зовнішнього середовища, більшим батьківським контролем ніж у віковій групі від 7 до 15 років, коли дитина більше перебуває в дитячому колективі.

Від 7 до 15 років в хірургічний стаціонар з приводу септичних форм ГГО в період 1993-2003 р.р. поступило в січні - 2 дитини (3,2%), в лютому - 6 (9,7%), в березні - 4 (6,5%), в квітні - 5 (8%), в травні - 2 (3,2%), в червні - 7 (11,3%), в липні - 5 (8%), в серпні - 11 (17,7%), у вересні - 6 (9,7%), у жовтні - 4 (6,5%), в листопаді - 6 (9,7%), в грудні - 4 (6,5%) (рис. 8).

В даній віковій групі звертає на себе увагу найбільша

захворюваність септичними формами ГГО в літні місяці, що, на нашу думку, пояснюється великою сезонною фізичною активністю.

### Висновки та перспективи подальших розвідок

1. Пік захворюваності дітей на гострий гематогенний остеомієліт припадає на липень, вересень, червень та серпень.

2. Переважна кількість дітей хворіє на септичні форми гострого гематогенного остеомієліту у віці від 7 до 15 років, в період новонародженості та від 1 місяця життя до 3 років.

3. У дітей до 3 років пік захворюваності на септичні форми гострого гематогенного остеомієліту припадає на квітень, липень та березень.

4. Пік захворюваності на септичні форми гострого гематогенного остеомієліту в віковій групі від 7 до 15 років припадає на серпень та червень.

Невисвітленим в літературі залишається питання сезонного розподілу дітей, що померли від септичних форм гострого гематогенного остеомієліту. На нашу думку, вивчення даної проблеми дасть змогу відповісти на такі важливі питання як визначення факторів, які сприяють особливо злочиному перебігу генералізованих форм даного захворювання. Але з урахуванням малої кількості летальних випадків, на нашу думку, аналіз історій хвороб цих пацієнтів повинен проводитись одночасно в декількох обласних дитячих клінічних закладах в тих регіонах, де має місце підвищена захворюваність на гострий гематогенний остеомієліт. Не висвітленим залишається питання прямого зв'язку між впливом соціальних факторів та рівнем захворюваності на гострий гематогенний остеомієліт, що, безперечно, має місце, тому що дане захворювання є не тільки великою клінічною проблемою, а й соціальною.

### Літератури

Абаев Ю.К. Эволюция хирургической инфекции костей и суставов у новорожденных //Российский педиатрический журнал.- 2003.- №6.- С.45-47.  
 Акжигитов Г.Н., Юдин Я.Б. Гематогенный остеомиелит.- М.: Медицина, 1998.- 288с.  
 Ковальчук В.И. Патогенетическое обоснование комплексного лечения острого гематогенного остеомиелита у детей раннего возраста.: Дис... д-ра мед. наук. Минск, 2000.-

С.8-14.  
 Ковальчук В.И., Мацкевич Б.И. Этиопатогенез острого гематогенного остеомиелита у детей раннего возраста //Медицинские новости.- 1998.- №11(43).- С.16-18.  
 Досвід лікування новонароджених дітей з гострим гематогенним остеомиєлітом /Ю.М.Кохан, М.І.Семенюк, Ю.Ю.Дем'ян, В.П.Чонка //Матеріали науково-практичної конференції "Гематогенний остеомиєліт та його наслідки у дітей (профілакти-

ка, діагностика, лікування, реабілітація)".- Київ-Чернівці, 1997.- С.41-44.  
 Кукуруза Ю.П. Гематогенный остеомиелит костей тазобедренного сустава у детей.: Дис... д-ра мед. наук.- Киев, 1984.- С.77-81.  
 Септичні прояви гострого гематогенного остеомиєліту у дітей /Н.Г.Ніколаєва, Н.А.Бушанська, Л.П.Матвійчук, А.М.Олексюк //Галицький лікарський вісник.- 2002.- Т.9.- С.212-213.

УДК: 616.127- 007.64: 616.1/4

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ ПОСТІНФАРКТНОЇ АНЕВРИЗМИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ

**О.В.Солейко**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул.Пирогова, 56, м.Вінниця, Україна, 21018)

<b>С.О.Гур'єв, П.В.Танасієнко</b> Оцінка травмогенезу полісистемних та поліорганних пошкоджень в міській та сільській місцевостях .....	90
<b>В.П. Іванов</b> Клініко-інструментальні предиктори та деякі механізми дестабілізації перебігу серцевої недостатності при суправентрикулярних аритміях .....	92
<b>О.П.Жученко</b> Стан опірності, реактивності і адаптаційні реакції організму у хворих з ургентною хірургічною патологією (УХП) в до- та післяопераційному періоді .....	94
<b>В.Г.Каюк</b> Рівень соматотропного гормону та кортизолу в крові жінок з гладком'язевими пухлинами матки ...	97
<b>І.В.Корицька</b> Побічні ефекти специфічної імунотерапії у хворих на алергічні захворювання .....	99
<b>О.М.Корніліна, О.М.Ломаковський, Т.І.Гавриленко</b> Імунопатологічні реакції у хворих на стабільну та нестабільну стенокардію .....	102
<b>І.В. Коваленко, Т.Г. Кривоніс</b> Вегетативні дисфункції в структурі психосоматичних та постстресових розладів .....	105
<b>В.М.Кулигіна, Т.В.Щербань</b> Показники стоматологічної захворюваності дітей раннього дитячого віку .....	107
<b>О.Г.Курик, К.О.Галахін, М.Д.Андрєєв, Г.М.Козицький</b> Використання локальної гіпертермії в комплексному лікуванні раку шлунка .....	109
<b>Г.Б.Матейко</b> Тактика ведення і медикоментозна терапія вагітних з цитомегаловірусною інфекцією .....	112
<b>В.І.Нагайчук</b> Сучасні підходи в наданні раннього оперативного лікування опечених при техногенних катастрофах .....	115
<b>В.В.Погорілий, О.О.Фомін, С.Д.Хіміч, В.А.Рауцкіс, В.С.Коноплицький, О.Г.Якименко, В.Б.Гончарук</b> Значення доплерівських досліджень в ранній діагностиці варіоцеле у дітей та підлітків ...	118
<b>М.І.Покидько, А.І.Михальченко, А.Н.Шевчук</b> Аналіз лікування хворих гострим парапроктитом на базі Кіровоградської обласної лікарні .....	120
<b>М.І.Покидько, О.М.Шевчук, О.І.Михальченко</b> Аналіз лікування хворих зі спайковою хворобою на базі Кіровоградської обласної лікарні .....	122
<b>О.І.Полунченко</b> До питання про водно-сольовий гомеостаз в системі "мати-навколоплідні води-плід" при фізіологічній та ускладненій пізнім гестозом вагітності .....	124
<b>Н.А.Рикало</b> Особливості клітинної маніфестації гострих кишкових інфекцій клебсієльозної етіології у дітей раннього віку, в залежності від характеру мікрофлори біотопів .....	126
<b>І.В.Руда, І.Д.Кухар</b> Особливості антропометричних та соматотипологічних параметрів тіла у практично здорових міських підлітків з різними рівнями інтенсивності карієсу зубів .....	129
<b>Д.С.Солейко</b> Особливості вікового та сезонного розподілу дітей, хворих на септичні форми гострого гематогенного остеомієліту .....	134
<b>О.В.Солейко</b> Особливості клінічного перебігу хронічної постінфарктної аневризми серця у хворих з супутньою патологією внутрішніх органів .....	137
<b>В.З.Свиридюк</b> Особливості діагностики та лікування хронічного панкреатиту в практиці сімейного лікаря .....	142
<b>Н.М.Скоромна, І.Д.Сапегін, Г.І. Степанюк</b> Порівняльна оцінка впливу вінборону та бензофурокаїну на водно-електролітний баланс мозку при моделюванні дії загальної вібрації .....	148
<b>С.І.Табачников, В.С.Первий</b> Клініко-психопатологічний та біохімічний статус хворих специфічними фобіями .....	151
<b>С.В.Теклюк</b> Скринінгові методи діагностики депресивних розладів у загальномедичній практиці .....	154
<b>Т.В.Чекотун</b> Роль гормонів гіпофізарно-надниркової системи в генезі гіпоглікемії у новонароджених ..	157
<b>Н.Б.Урсол, М.А.Станіславчук</b> Вплив тіотриазолу на ефективність та побічні ефекти застосування метотрексату у щурів з ад'ювантним артритом .....	159

**СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

<b>І.М.Азарський, В.М.Мороз, О.Г.Процек, О.О.Азарська, В.М.Олуйко, В.С.Тарасюк, В.І.Кириченко, Н.Д.Корольова, В.В.Поляруш, С.А.Кінзерський, М.С.Чайковський, С.І.Лукомська, Т.А.Чорна, І.В.Паламар, В.А.Черевко</b> Комплексна соціально-реабілітаційна програма для дітей-інвалідів з різними патологічними відхіленнями .....	163
<b>І.В.Паламар</b> Вікові особливості дитячої інвалідності та особливості її динаміки від окремих причин (матеріали спостереження за 1994-2002 рр.) .....	165
<b>В.Й.Шатило</b> Організація медичної допомоги, диспансерний нагляд та профілактика парентеральних вірусних гепатитів на регіональному рівні .....	168
<b>І.М.Шіфріс</b> Роль соціологічного дослідження в оцінці стану медичної допомоги хворим на інфекції нирок та сечовивідних шляхів .....	172





# ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ



9(1) • 2005  
СІЧЕНЬ