

Консервативне лікування сечокам'яної хвороби в Україні очима лікарів: міфи та реальність

В.І. Зайцев

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

У статті наведені дані опитування урологів України (337 осіб) щодо практичних аспектів консервативного лікування сечокам'яної хвороби (СКХ) у порівнянні з рекомендаціями Європейської асоціації урологів (ЕАУ). Особливо проаналізовані можливості використання рекомендованих методів на практиці. Опитування продемонструвало, що 50,6% урологів часто або завжди направляють пацієнтів на дослідження хімічного аналізу каменю, а 69,6% – на метаболічні дослідження крові та сечі.

У масштабах України таку кількість досліджень виконати практично неможливо, що робить малореальним практичне виконання рекомендацій ЕАУ. Досить часто для лікування СКХ використовують фітопрепарати як певну альтернативу синтетичним препаратам. Дев'яносто п'ять відсотків опитаних урологів використовують фітотерапію СКХ, причому 47% часто призначають комбінацію фітопрепаратів, а 27% лікарів – фітопрепарати на 2 міс і більше. Практично половина урологів зазначають, що при призначенні конкретного фітопрепарату вони керуються протоколами лікування СКХ (46%), хоча в офіційних протоколах фітопрепарати не аналізуються. Виходячи з того, що для більшості пацієнтів та лікарів у нашій країні повноцінне метаболічне обстеження та хімічний аналіз складу каменю є недоступним, фітопрепарати залишаються найбільш поширеною вимушеною альтернативою методом протокольного обстеження та лікування СКХ, які неможливо використовувати без зазначених обстежень.

Ключові слова: сечокам'яна хвороба, консервативне лікування, фітопрепарати.

Conservative treatment of urolithiasis in Ukraine through the eyes of doctors: myths and reality

V.I. Zaitsev

The article provides data from a survey of urologists of Ukraine (337 people) about the practical aspects of conservative treatment of urolithiasis, which data were compared with the recommendations of the European Association of Urology (EAU). The real possibilities of using the recommended methods in practice were analyzed separately. The survey found that the half of urologists (50.6%) often or always referred patients for a chemical analysis of the stone, and 69.6% - for metabolic blood and urine tests.

Quite often, phytopreparations are used to treat urolithiasis as a kind of alternative to synthetic drugs. Ninety-five percent of the urologists surveyed use herbal medicine, 47% often use a combination of herbal remedies, and 27% of doctors use herbal remedies for 2 months or more. Almost half of urologists note that when prescribing a specific herbal remedy, they are guided by the protocols for the treatment of urolithiasis (46%), although phytopreparations are not analyzed in official protocols.

Such a large number of tests is practically impossible to perform in Ukraine, which makes impossible to implement the EAU recommendations in practice. In this situation, herbal remedies are a viable alternative of treatment of urolithiasis that cannot be used without these examinations.

Key words: urolithiasis, conservative treatment, herbal remedies.

Консервативное лечение мочекаменной болезни в Украине глазами врачей: мифы и реальность

В.И. Зайцев

В статье приведены данные опроса урологов Украины (337 человек) относительно практических аспектов консервативного лечения мочекаменной болезни (МКБ) в сравнении с рекомендациями Европейской ассоциации урологов (ЕАУ). Отдельно проанализированы возможности использования рекомендуемых методов на практике. Опрос продемонстрировал, что 50,6% урологов часто или всегда направляют пациентов на исследование химического анализа камня, а 69,6% – на метаболитические исследования крови и мочи.

В масштабах Украины такое количество исследований выполнить практически невозможно, что делает малореальным выполнение рекомендаций ЕАУ. Довольно часто для лечения МКБ используют фитопрепараты как некую альтернативу синтетическим препаратам. Девяносто пять процентов опрошенных урологов используют фитотерапию МКБ, причём 47% часто назначают комбинацию фитопрепаратов, а 27% врачей – фитопрепараты на 2 мес и больше. Практически половина урологов отмечают, что при назначении конкретного фитопрепарата они руководствуются протоколами лечения МКБ (46%), хотя в официальных протоколах фитопрепараты не анализируются.

Исходя из того, что для большинства пациентов и врачей в нашей стране полноценное метаболитическое обследование и химический анализ состава камня недоступны, фитопрепараты остаются наиболее популярной вынужденной альтернативой методам протокольного обследования и лечения МКБ, которые невозможно применить без указанных обследований.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, консервативное лечение, фитопрепараты.

Із тих захворювань, з якими мають справу урологи, мабуть тільки сечокам'яна хвороба (СКХ) та доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) мають таку велику кількість як консервативних, так і оперативних варіантів лікування і посідають перші місця за кількістю пацієнтів. У структурі захворювань нирок і сечовивідних шляхів СКХ посідає друге місце за поширеністю, третє – як причина смертності і четверте – як причина інвалідності, причому за останні роки спостерігаються високі темпи приросту захворюваності (близько 20%) [1, 2]. За останні роки відбулася суттєва еволюція протоколів лікування ДГПЗ/СНСШ Європейської асоціації урологів (ЕАУ), що пов'язано з новими даними у галузі їхньої етіології, патогенезу та значним поширенням можливостей як консервативного, так і оперативного лікування.

На жаль, це саме не можна сказати стосовно СКХ. Так, ми маємо велику кількість різноманітних методів видалення каменів, але їхній активний розвиток призупинився останні роки 10–15. Консервативне лікування СКХ взагалі практично не розвивається. Згадайте, скільки статей та презентацій особисто Ви чули за останній рік-два щодо консервативного лікування ДГПЗ/СНСШ та скільки стосовно консервативного лікування СКХ, і порівняйте кількість. Те саме стосовно і наукових досліджень. Коментарі зайві.

Чому так? Як на мене, є декілька логічних пояснень цьому факту. Спочатку слід зауважити, що рекомендації ЕАУ містять достатньо великий обсяг інформації щодо консервативного лікування СКХ – як відносно загальних рекомендацій, так і рекомендацій щодо конкретних медичних препаратів,

які для цього використовуються [3]. Проте є один великий недолік їхнього використання порівняно з рекомендаціями при ДГПЗ/СНСШ. Він полягає у тому, що коли уролог бачить пацієнта з ДГПЗ/СНСШ, то у 95–99% випадків обстеження триває півгодини, трохи довше чекають на отримання результатів ПСА. І розуміння що робити з цим пацієнтом вже є повне, причому відповідно до протоколів ЄАУ.

У пацієнта із СКХ зовсім інша історія. Якщо дотримуватись рекомендацій ЄАУ, то його, окрім усього іншого, слід відправляти на глибоке метаболічне обстеження – як крові, так і сечі. Наприклад, у крові повинні бути визначені 7 головних показників (креатинін, головні іони та сечова кислота) та 5 показників газів крові, а в добовій сечі – 8 специфічних показників [3]. Це нелегко, довго, недешево (при правильному обстеженні), обтяжливо для пацієнта, а найголовніше – у повному обсязі в Україні просто недоступно. Фрагментарні аналізи метаболічних особливостей, які можна зробити в деяких лабораторіях переважно у великих містах, не виявляють усієї патогенетичної картини захворювання. До того ж лікарів, які могли б їх правильно оцінити, а тим більше призначити адекватну медикаментозну терапію, ще менше. Адже в рекомендаціях ЄАУ ще треба розібратись, а це також вимагає бажання, часу та терпіння. Наші національні рекомендації з СКХ дещо застаріли і не містять великої кількості сучасної інформації щодо обстеження та лікування хворих із СКХ (особливо консервативного), у той час як оперативні методи описані достатньо детально [4]. Те саме стосується і публікацій на цю тему [5, 6].

Крім того, пацієнти прагнуть сьогодні витратити мінімум часу як на лікування, так і на обстеження, і небагато з них (навіть за наявності можливості) погодяться збирати добову сечу і нести її у лабораторію. І лікар це теж розуміє та не хоче втратити пацієнта, відлякавши його складним процесом діагностики.

І що тоді? Яка альтернатива? Складні метаболічні дослідження замінюються їхньою «демо-версією» на кшталт «А у вас у сечі оксалати», чи «Принесіть мені камінь, який у вас вийшов». Зрозуміло, що реальна користь такої інформації майже нульова, особливо в якості ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ лікування. Тобто якщо б у сечі не було солей чи були би фосфати, лікар призначив би інший препарат? Сумнівно. Мова вже не йде про те, що наявність у даний конкретний момент певних солей у сечі не є свідченням того, що камінь у пацієнта містить такі само солі, адже він міг сформуватись рік чи два тому. Зрозуміло, що спеціаліст зверне увагу на стан уродинаміки, запалення тощо, але це більше стосується необхідності оперативної корекції.

Водночас рекомендації ЄАУ містять низку важливих методів корекції способу життя (на яких ми зупинимось дещо пізніше), які незаслужено часто залишаються поза увагою лікарів, але які реально могли б допомогти пацієнтам.

У зв'язку з такими розбіжностями між офіційними рекомендаціями та реальною практикою нами було вирішено провести всеукраїнське маркетингове дослідження «Загальні принципи підходу до лікування СКХ», яке стосувалося саме головних аспектів консервативного лікування СКХ. Було сформовано низку простих запитань з цього приводу, на які урологи відповідали за допомогою мобільного додатку Medbook.

В опитуванні, яке проводилось у 22 областях України (всього 68 міст), взяли участь 337 лікарів-урологів у період з 02 лютого до 11 жовтня 2019 року. Запитання були розподілені на 2 блоки по 5 запитань у кожному (додаток).

Наскільки нам відомо, це перше опитування такого типу в Україні, яке продемонструвало певні тенденції ставлення лікарів до консервативного лікування СКХ. Не всі відповіді вкладаються у цифри реальної статистики, тому до частини відповідей слід ставитись критично. Водночас дане опитування дозволило виявити загальні тенденції цієї проблеми та її слабкі місця. Опитування слід вважати достатньо репре-

зентативним, адже воно охопило приблизно кожного п'ятого уролога країни.

Приблизно половина урологів (50,6%) зазначили, що вони часто або завжди направляють пацієнтів на дослідження хімічного аналізу каменю, причому найчастіше це відбувається в центральному регіоні (близько 71% випадків). За статистикою, СКХ реєструють у 0,7% дорослого населення України, тобто, враховуючи 28,5 млн дорослого населення (2019 р.), повинно бути близько 200 тис. хворих [7]. Виходячи з цього (якщо припустити, що кожен хворий періодично мав би проходити таке дослідження, наприклад, хоча б кожні 5 років, а первинні хворі – всі), кількість аналізів хімічного складу каменю за рік повинна бути не менше 20 000. Навіть якщо взяти тільки первинних хворих, то це теж буде надзвичайно велика цифра, яка аж ніяк не відповідає можливостям такої діагностики в Україні. Крім того, в Україні щороку проводиться близько 4 тис. операцій з приводу СКХ – тобто це мінімум 4000 показаних аналізів каменю, що значно більше того, що проводиться в реальності.

Ще більше урологів, якщо вірити відповідям, часто використовують метаболічні дослідження крові та сечі (69,6%), найчастіше на Слобожанщині (аж до 80% лікарів). Відповідна цифра цих досліджень по Україні для хворих на СКХ мала би бути близько 28 000, що малореально.

Підтвердженням цих припущень є відповідь урологів на запитання про те, як часто використовуються хворими синтетичні препарати для консервативного лікування СКХ (аллопуринол, каптоприл, фебуксостат та ін.). Часто або завжди це роблять тільки 21% лікарів, хоча на півдні України частка таких урологів сягає 34% (!) Мабуть, слід вважати і цю цифру дещо завищеною, але набагато ближчою до реалій. Але вона сильно конфліктує з попередніми цифрами – адже якщо лікар не користується синтетичними препаратами для консервативного лікування СКХ, навіщо йому знати склад каменю чи тип метаболічних порушень? Прикладом можуть бути показники опитування на Слобожанщині. Як зазначено вище, 80% урологів використовують метаболічні дослідження крові та сечі, але тільки 7% (!) застосовують синтетичні препарати. Навпаки, слід припустити, що досвідченому урологу не завжди потрібне повне метаболічне обстеження для призначення консервативного лікування СКХ. Тому будемо розцінювати отримані цифри критично, більше в розумінні наявності бажання лікарів робити такі дослідження та практичній відсутності можливості їх проводити.

Достатньо велика кількість урологів наголошує пацієнтам про необхідність корекції способу життя (контроль маси тіла, харчування, вживання рідини) – 94% роблять це часто або завжди. Це високий показник, але така сама частина урологів вказує пацієнтам із СКХ на необхідність вживання певної кількості (не менше 2,5–3 л) рідини за день. Однакові цифри, на наш погляд, свідчать про те, що лікарі не бачать різниці між вживання певної кількості рідини на добу та іншими методами корекції способу життя – тобто не дуже їх розуміють та використовують. Саме тут, на нашу думку, є великий потенціал для більш ефективного лікування пацієнтів із СКХ, особливо мотивованих.

Опитування продемонструвало, що достатньо часто для лікування СКХ використовують фітопрепарати як певну альтернативу синтетичним препаратам – приблизно 95% опитаних. Причому 47% часто використовують комбінацію фітопрепаратів, 27% лікарів призначають фітопрепарати на 2 міс і більше.

Вісімдесят два відсотки урологів при визначенні конкретного фітопрепарату враховують наявність інфекції сечових шляхів. Слід зауважити, що відповідно до затверджених офіційних інструкцій далеко не всі фітопрепарати мають у показаннях до використання інфекційні процеси, деякі з пре-

паратів не мають інформації щодо лікування СКХ. Тому при практичному застосуванні конкретного фітопрепарату слід перш за все опиратись на інструкцію для запобігання його неправильного застосування.

На останнє запитання опитування «Чим Ви керуєтесь при призначенні конкретного фітопрепарату?» найбільша кількість лікарів (46%) відповіли, що це рекомендації протоколів лікування СКХ. Цікава відповідь, адже в жодних офіційних протоколах фітопрепарати не обговорюються! Це свідчить про бажання лікарів дотримуватися протоколів, ніж про їхні знання. Ця відповідь також вказує на те, що велика частина лікарів не володіє реальною інформацією щодо протоколів лікування СКХ, що свідчить про ще одне слабе місце цієї проблеми. Насамперед, це пов'язано із незначною кількістю публікацій та виступів з даної тематики, на що слід звернути увагу всім зацікавленим особам.

Отже, проведене опитування, незважаючи на невелику кількість запитань, дозволило виявити низку цікавих закономірностей та підтвердити надзвичайну складність взаємовідношення офіційних протоколів лікування СКХ та реальної практики. Відсутність достатньої кількості сучасних публікацій з даної проблеми тільки ускладнює ситуацію.

Одним із головних моментів є те, що для СКХ надзвичайно складно провести плацебо-контрольовані дослідження щодо її консервативного лікування та профілактики – можливо, найскладніше серед усіх урологічних захворювань. Пов'язано це з декількома головними факторами:

1. Дуже різноманітні фактори ризику СКХ, які одночасно дуже складно стандартизувати (дієтичні звички та вживання рідини, метаболічні порушення, стан сечової системи, наявність інфекції тощо).
2. Унікально багато варіантів каменів.
3. Занадто складне та персоналізоване рекомендоване консервативне лікування – і для пацієнта, і для лікаря.
4. Незначна кількість закладів, де визначають повний перелік можливих порушень обміну речовин, що принципово.
5. Крім того, одні й ті самі препарати можуть і лікувати, і викликати СКХ, залежно від виду порушення – що взагалі є унікальним фактом.

Опитування продемонструвало, що тільки 21% лікарів (а реально, скоріше за все, значно менше) використовують рекомендовані синтетичні препарати для консервативного лікування СКХ, хоча відсоток тих, хто заявив, що проводить спеціалізоване метаболічне обстеження таких хворих, значно більше.

Більшість урологів використовують рекомендації щодо способу життя таких пацієнтів, але майже половина не читали офіційні протоколи, тому скоріше за все, рекомендації обмежуються вживанням рідини.

Значно більше урологів регулярно призначають фітопрепарати для лікування СКХ (приблизно 95%), причому часто у комбінації. Це демонструє реальні підходи до консервативного лікування СКХ. Дані факти відповідають і даним інших країн – одне з великих міжнародних опитувань довело, що 75% опитаних зазначили, що довіряють використанню різноманітних фітопрепаратів для лікування різних хвороб.

Проведений аналіз та опитування продемонстрували, що на сьогодні, щонайменше в Україні, в абсолютної більшості пацієнтів (та лікарів) немає доступу до необхідних метаболічних обстежень для визначення патогенетичних порушень у пацієнтів із СКХ. При консервативному лікуванні захворювання лікар повинен перш за все чітко вказати на необхідні зміни у способі життя пацієнта. Відповідно до рекомендацій ЄАУ, головними з них є [3]:

- вживати 2,5–3 л рідини на день;
- вживати напої з нейтральним рН;
- мати за мету діурез 2–2,5 л;
- мати за мету щільність сечі до 1010;

- мати збалансоване харчування, без надлишку «супервітамінів»;
- харчування з великою кількістю овочів та харчових волокон;
- споживання кальцію – 1–1,2 г/добу;
- обмеження споживання натрію до 4–5 г/добу;
- обмеження споживання тваринного жиру до 1 г/кг на добу;
- підтримання нормального індексу маси тіла;
- достатня фізична активність;
- відновлення рідини при її втраті.

Відповідно у звичайного лікаря часто немає достатньо часу (а іноді і знань), щоби хоча б ці самі головні моменти пояснити пацієнту.

Тому, виходячи з реальної ситуації в Україні, саме фітопрепарати залишаються оптимальним способом призначення достатньо адекватного консервативного лікування СКХ. При цьому важливим моментом для лікаря є знання інструкції та розуміння особливостей використання рослинних препаратів. Безумовно, слід брати до уваги всі особливості перебігу СКХ у даного пацієнта (у тому числі присутність запалення, що є частою ситуацією).

З фітопрепаратів, зареєстрованих в Україні, Флавія є одним з найбільш ефективних, особливо у складних випадках, у комбінації СКХ та пієлонефриту. Запорукою цьому є ретельно підібраний склад – касторова олія (Castor oil) – 112,0 мг, соснова олія (Pinus oil) – 75,0 мг, екстракт аммі зубної (Ammi visnaga) – 60,0 мг, олія м'яти перцевої (Menta piperita oil) – 37,5 мг, олія ягід ялівцю (Juniperus oil) – 7,5 мг, екстракт трави кропиви собачої звичайної (Herba leonuri cardiacae) – 6,0 мг, екстракт квітів ромашки лікарської (Chamomillae flores) – 2,0 мг та допоміжні речовини [8]. За рахунок цього Флавія® рекомендована хворим при різних формах СКХ, особливо у випадках, коли є потреба у хемолізі, коли хірургічне втручання протипоказано; при гострих та хронічних запаленнях у нирках інфекційного, неінфекційного та змішаного генезу на фоні нефролітіази; при ускладненнях, спричинених проходженням фрагментів каменів, у тому числі після ударно-хвильової літотрипсії, регуляції мінерального обміну, нормалізації фізико-хімічних показників сечі та уродинаміки.

Дуже важливим практичним моментом є те, що Флавія® показана при різних формах СКХ, у тому числі при ускладненнях, тому що забезпечує зменшення конкрементів у діаметрі, чинить протизапальну, протимікробну дію, а також попереджує формування нових каменів.

Зазвичай препарат використовують по 1 капсулі 2 рази на добу незалежно від прийому їжі. За необхідності добу дозу можна збільшити до 3 капсул. Курс приймання визначає лікар індивідуально.

Наш власний досвід використання Флавії засвідчив, що препарат демонструє відмінні властивості щодо розчинення дрібних конкрементів (до 5–7 мм) та пригнічення запального процесу у сечових шляхах. Дуже важливим є те, що у жодному випадку ми не спостерігали ускладнень, які б зумовили відміну препарату.

Отже, практичні аспекти консервативного лікування СКХ в Україні значно відрізняються від рекомендованих сучасними протоколами ЄАУ, що підтвердило проведене опитування. Це пов'язано з тим, що складні хімічні та біохімічні аналізи, які потрібні для призначення адекватного лікування, практично недоступні для більшості пацієнтів та лікарів. З іншого боку, низку рекомендацій щодо зміни способу життя не використовують у повному обсязі, що можна пояснити недостатнім знанням лікарями сучасних міжнародних протоколів. Враховуючи велику кількість хворих на СКХ та тенденцію до їхнього збільшення, необхідно удосконалити вітчизняні протоколи щодо лікування таких пацієнтів та проводити більш широке інформування лікарів та пацієнтів щодо цієї проблеми.

Сведения об авторе

Зайцев Валерий Иванович – Кафедра урологии и нейрохирургии ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», 58000, г. Черновцы, Театральная площадь, 2. E-mail: vzaytsev@meta.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сайдакова Н.О., Шуляк О.В., Шило В.М. та ін. Сечокам'яна хвороба: стан та проблемні питання надання спеціалізованої допомоги населенню в м. Києві. <http://journals.uran.ua/urology/article/viewFile/128123/129495>
2. Соломчак Д.Б. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої системи профілактики та медичної допомоги хворим на сечокам'яну хворобу. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – К., 2018. – 39 с.
3. <https://uroweb.org/guideline/urolithiasis/>
4. Протокол ведення хворих на сечокам'яну хворобу. Камені нирки. МКХ-10: N20.0. <http://www.dovidnyk.org/dir/29/188/1864.html>
5. Пасечніков С.П., Шеремет Р.З. Сечокам'яна хвороба: сучасні принципи ведення хворих// Медичні аспекти здоров'я чоловіків. – 2016. – 34 (23). – С. 12–20.
6. Децик О.З., Соломчак Д.Б. Сучасні підходи до організації надання ургентної і планової медичної допомоги при сечокам'яній хворобі// Здоров'я чоловіків. – 2017. – № 2. – С. 58–61.
7. Розподіл постійного населення України за статтю та віком. державна служба статистики України, 2019. http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2019/zb_rpn12019.pdf
8. <https://compendium.com.ua/dec/320407/>

Додаток

**Питання Всеукраїнського маркетингового дослідження
«Загальні принципи консервативного лікування СКХ»**

I блок

1. При лікуванні СКХ чи наголошуєте Ви пацієнтам про необхідність корекції способу життя (контроль маси тіла, харчування, вживання рідини)?

- а) ніколи або майже ніколи
- б) зрідка
- в) часто
- г) завжди або майже завжди

2. Чи вказуєте Ви пацієнтам із СКХ на необхідність вживання певної кількості (не менше 2,5–3 л) рідини за день?

- а) ніколи або майже ніколи
- б) зрідка
- в) часто
- г) завжди або майже завжди

3. Перед призначенням лікування чи відправляєте Ви пацієнтів на дослідження – структури і походження каменю (хімічний аналіз каменю)?

- а) ніколи
- б) зрідка
- в) часто
- г) завжди або майже завжди

4. Чи використовуєте Ви визначення вмісту чи екскреції хімічних речовин, важливих для формування каменю (як цитрати, оксалати, урати, кальцій тощо) у крові чи сечі?

- а) ніколи або майже ніколи
- б) зрідка
- в) часто
- г) завжди або майже завжди

5. Чи використовуєте Ви фітопрепарати для консервативного лікування СКХ?

- а) ніколи або майже ніколи
- б) зрідка
- в) часто
- г) завжди або майже завжди

II блок

1. На який термін Ви призначаєте фітопрепарати для консервативного лікування СКХ?

- а) 1 міс
- б) 2 міс
- в) Півроку

2. Продовжіть фразу: «У своїй практиці фітопрепарати для консервативного лікування СКХ ...»

- а) комбінуюю один з одним
- б) достатньо одного фітопрепарату
- в) не призначаю

3. Чи використовуєте Ви синтетичні препарати для консервативного лікування СКХ (як аллопуринол, каптоприл, фебуксостат та ін.)?

- а) ніколи або майже ніколи
- б) зрідка
- в) часто
- г) завжди або майже завжди

4. Чи враховуєте Ви присутність інфекції сечових шляхів при призначенні конкретного фітопрепарату для консервативного лікування СКХ (не стосується антибіотиків)?

- а) ніколи або майже ніколи
- б) зрідка
- в) часто
- г) завжди або майже завжди

5. Чим Ви керуєтесь при призначенні конкретного фітопрепарату?

- а) рекомендації протоколів лікування СКХ
- б) дані наукових статей
- в) рекомендації фірм-виробників
- г) особистий досвід

Стаття постулила в редакцію 20.11.2019