

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ  
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО

## **ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ**

85-ої науково-практичної конференції  
студентів і молодих вчених із міжнародною участю  
«ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ»

## **ABSTRACTS**

of the 85th Scientific Conference  
of Students and Young Scientists with International  
Participation  
"INNOVATIONS IN MEDICINE"

## **ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ**

85-й научно-практической конференции  
студентов и молодых ученых с международным участием  
«ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ»

24-25 березня 2016 року  
м. Івано-Франківськ

**Головний редактор** – Ректор ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор, Лауреат Державної премії України у галузі науки і техніки **М.М. Рожко**

**Редакційна колегія:**

Перший проректор, д.б.н. професор **Г.М. Ерстенюк**  
Проректор з наукової роботи, д.мед.н., професор **І.П. Вакалюк**  
Науковий керівник Студентського наукового товариства та Товариства молодих вчених, д.мед.н., професор **Н.М. Воронич-Семченко**  
Голова Товариства молодих вчених – к.мед.н., доцент **З.Я. Гурик**  
Заступник Голови Товариства молодих вчених – асистент **Ю.І.**

**Солоджук**

Голова Ради Студентського наукового товариства – **О.М. Луцак**  
Заступник Голови Ради СНТ – **С.В. Варунків**  
Секретар Ради СНТ – **А.В. Гурмак**

**Організаційний комітет:**

**Багрій Р.В., Бігун Р.Р., Білецька І.І., Бунчак Д.П., Василик З.В., Воронич В.О., Гавенко Б.В., Галанджій М.-А.В., Грицик Р.А., Дехтяр Д.Г., Дідович В.В., Дмитрук Ю.І., Кантемир А.І., Клипич О.О., Кобрин О.Т., Остафійчук А.Р., Панчишин М.В., Паращук Ю.-І.Л., Петраш А.В., Петришин І.Ю., Полюк М.І., Рангулова Т.С., Сачко А.М., Семченко В.А., Сілецька О.В., Скрипко Ю.В., Сов'як Н.М., Ткаченко В.В., Тимків Я.І., Хорощак В.Я., Хорощак Ю.М., Юркевич Б.Є.**

Дизайн палітурки: **Шевченко П.В.**

**Конференція включена до**  
«Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2016 році»  
Міністерства охорони здоров'я України

**Мета:** Вивчити особливості відновного періоду у хворих після ІМ із супутньою артеріальною гіпертензією (АГ) у залежності від методу реваскуляризації міокарда.

**Матеріали і методи:** Обстежено 20 хворих з острим QS ІМ із супутньою АГ II-III ст., серед яких було 13 чоловіків і 7 жінок (середній вік  $61 \pm 4$  роки), які були розподілені на 2 групи за способом лікування. Хворі контрольної групи ( $n=9$ ) отримували стандартне лікування ІМ (тромболітична терапія, дезагреганти, антикоагулянти, нітрати,  $\beta$ -адреноблокатори, інгібітори ангіотензинперетворювального фермента, ліпідзнижуючі засоби). Хворим основної групи ( $n=11$ ) проводилося ургентне ЧКВ з стентуванням інфаркт-залежної коронарної артерії.

Проводилось комплексне клінічне дослідження з урахуванням скарг хворих, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, результатів додаткових методів дослідження (ЕКГ, ЕхоКГ, тропонін I). Період спостереження склав 28 днів.

**Результати дослідження:** Серед обстежених 11 хворих (55%) були госпіталізовані в терміні до 6 год від початку за грудинного болю а 9 (45%) через 6 год. У 14 (70%) хворих патологічний процес локалізувався в передньо-перетинково-верхівковому сегменті лівого шлуночка (ЛШ), у 4 (20%) в передньо-перетинково-верхівково-бокову сегменті ЛШ, і в 2 (10%) хворих ушкоджено нижньо-базальний сегмент ЛШ. Супутня АГ II ст. діагностовано в 13 (65%) хворих, АГ III ст. – у 7 (35%) хворих. Середня тривалість захворювання на АГ склала  $8 \pm 2$  роки.

При оцінці стану хворих через 3 доби було відмічено, що в основній групі 8 (73%) хворих демонструвало кращу толерантність до фізичних навантажень, проходили до 15 м без погіршення самопочуття і негативної динаміки за даними ЕКГ, тоді як у контрольній групі лише 3 (33%) хворих ( $p=0,02$ ).

За даними ЕКГ у 10 (91%) хворих основної групи резольція сегменту ST  $>50\%$  спостерігалася уже в першу добу після проведеного ЧКВ, у контрольній групі цей показник вдалось досягти на третю добу в 6 (66%) хворих ( $p=0,03$ ) і на четверту в 3 (33%) хворих ( $p=0,03$ ).

**Висновки:** Отже, у хворих, яким проводили ЧКВ із стентуванням інфаркт-залежної коронарної артерії відновний період проходить краще, ніж при використанні тільки базової медикаментозної терапії. У таких хворих вже з 1-ї доби спостерігається вища толерантність до фізичних навантажень, зменшення загальної слабості, задишки, дискомфорту за грудиною, нормалізація АГ у порівнянні із контрольною групою. Це підтверджує більшу ефективність лікування і відновного періоду у хворих яким проводилося ЧКВ.

## КОРЕЛЯЦІЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН ІНСЕРЦІЙНОГО АПАРАТУ АХІЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ З ТРИВАЛІСТЮ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ЗАП'ЯТКОВИЙ АХІЛОБУРСИТ

*Герасимюк Б.С.*

*Науковий керівник – д.мед.н., проф. О.С. Мовчан  
Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л. Шупика  
Кафедра ортопедії і травматології № 1*

**Мета** – дослідження особливостей патологічних змін структури та кровообігу інсерційного апарату ахілового сухожилля у хворих з зап'ятковим ахілобурситом в залежності від тривалості захворювання.

**Матеріали та методи.** З вересня 2012 по грудень 2015 року за допомогою ультразвукового методу дослідження було обстежено 38 п'яток у 35 хворих з зап'ятковим бурситом, які звернулися до травматологічних відділень міської клінічної лікарні № 8 м. Києва. Усі випадки захворювання були розділені на 3 групи в залежності від тривалості захворювання: перша група – до 6 місяців (17 випадків), друга група – від 6 до 12 місяців (11 випадків) та третя – більше 12 місяців (10 випадків). Було досліджено особливості патологічних змін структури та кровообігу інсерційного апарату ахілового сухожилля (АС).

**Результати.** У першій дослідницькій групі діагностувалося накопичення гіпоехогенної рідини у зап'яткової синовіальній сумці у 100 % спостережень, у другій - у 45,4 % спостережень і не діагностувалося у третій, що свідчить про те, що цей діагностичний критерій вказує на гостроту перебігу запального процесу. Також при обстеженні збільшеної бурси відмічалось збільшення кровообігу її синовіальної оболонки. У 72,7 % хворих другої та у 60,0 % хворих третьої групи спостерігалось локальне потовщення АС на рівні задне-верхніх відділів п'яtkової кістки, що може свідкувати про перебігання патологічного процесу окрім синовіальної бурси, ще й у товщі самого сухожилка. Неповне порушення фібрилярної структури сухожилка, її звитість, гіпоехогенні ділянки набряку на протязі до 2 см від місця інсерції сухожилка в п'яtkову кістку спостерігались у 36,3 % спостережень другої і у 94,1 % спостережень третьої, що вказує на пряму пропорційну залежність ступеню дегенеративних змін від тривалості захворювання. При обстеженні хворих третьої групи у Doppler-режимі у всіх випадках відмічалось різке зменшення кровообігу в місці інсерції та впродовж АС на 2 см проксимальніше від ентезису, що не реєструвалося у хворих першої та другої груп.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про пряму залежність ступеню дегенеративних змін інсерційного апарату АС та оточуючих структур від тривалості захворювання на зап'ятковий ахілобурсит. Також у ході Doppler - дослідження був встановлений взаємозв'язок між ахілобурситом та синдромом інсерційної тендопєріостопатії.

## ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ПРООКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ІБУПРОФЕНУ ТА ЙОГО КОМБІНАЦІЇ З ВІНБОРОНОМ НА МОДЕЛІ АД'ЮВАНТНОГО АРТРИТУ У ЩУРІВ

*Гладких Ф.В.*

*Науковий керівник – д.мед.н., доц. Н.Г. Степанюк  
Вінницький національний медичний університет  
ім. М.І. Пирогова  
Кафедра фармакології*

Актуальність. Відомо, що провідна роль в патогенезі системних запальних захворювань, зокрема ревматоїдного артрити, належить активації процесів перекисного окислення ліпідів, дезорганізації антирадикального захисту та розвитку оксидативного стресу. Фармакотерапія нестероїдними протизапальними за-

собами (НПЗЗ) призводить до нормалізації зазначених зрушень в прооксидантно-антиоксидантній системі, проте супроводжується рядом побічних ефектів, зокрема зі сторони шлунково-кишкового тракту. З метою потенціювання ефектів НПЗЗ та послаблення їх гастротоксичної дії ми вважаємо доцільним застосування препаратів з політропними фармакологічними ефектами, зокрема нового вітчизняного спазмолітика – вінборону. Відомо, що похідним 5-оксисбензофурану, до числа яких відноситься вінборон, як і іншим речовинам, що містять у своїй структурі гідроксигрупу, притаманний антиоксидантний ефект та спроможність регулювати оксидантно-антиоксидантний гомеостаз.

**Мета.** Охарактеризувати вплив ібупрофену та його комбінації з вінбороном на рівень малонового діальдегіду (МДА) в крові щурів зі змодельованим ад'ювантним артритом (АА) на 28 добу експерименту.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проведено на 28 статевозрілих щурах-самцях, розбитих на 4 групи: I – інтактні щури (n=7), II – щури зі змодельованим АА без лікування (контроль), III – щури з АА (n=7), ліковані ібупрофеном (218 мг/кг, внутрішньошлунково (в/шл.)), IV – щури з АА (n=7), які були ліковані ібупрофеном (218 мг/кг, в/шл.) в комбінації з вінбороном (11 мг/кг, в/шл.). Вінборон, розчинений у 0,9% розчині NaCl, вводився за 60 хв. до введення ібупрофену. Ібупрофен вводили внутрішньошлунково у вигляді суспензії на 3% крохмальному слизу двічі на добу (109 мг/кг на один прийом). Вказані препарати застосовували в середньотерапевтичних дозах для людини, запозичених з літератури. АА моделювали шляхом субплантарного введення повного ад'юванту Фрейнда в задню праву лапку з розрахунку 0,1 мл на щура («Доклінічні дослідження» за ред. О. В. Стефанова, 2001). Вміст МДА визначали за реакцією з тіобарбітуровою кислотою (Стальная И.Д., 1977).

**Результати.** Нами було встановлено, що в контрольній групі розвиток системного запального процесу супроводжувався зростанням на 57% концентрації МДА відносно інтактних тварин, що вказувало на активацію процесів перекисного окислення ліпідів. Комбіноване застосування ібупрофену з вінбороном призвело до статистично вірогідного (p<0,05) зниження на 21% активності МДА (5,74 мкмоль/л) відносно контрольної групи, що на 8% перевищувало показники групи монотерапії ібупрофеном.

**Висновки.** Комбінована терапія АА ібупрофеном з вінбороном призводить до більш виразного, порівняно з монотерапією ібупрофеном, пригнічення прооксидантної системи, що обумовлено наявністю у вінборону власних антиоксидантних властивостей.

## УЛЬТРАСТРУКТУРНА КОМПОНЕНТІВ ГЕМАТОТЕСТИКУЛЯРНОГО БАР'ЄРУ В УМОВАХ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЮ

*Глодан О.Я.*

*Науковий керівник – д.мед.н., проф. Б.В. Гришуляк  
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет  
імені Василя Стефаника»  
Кафедра анатомії і фізіології людини та тварин*

Проблема варикозного розширення вен сім'яного канатика є однією з актуальних у практичній андрології, яка зумовлена, в першу чергу, його поширенням та негативним впливом на сперматогенез [Осадчук Л.В.,

Попова А.В., Ворошилова Н.А., 2014; Осипов Н.Г. и др. 2014]. Утруднення відтоку крові по яєчковій вені може призводити до венозної гіпоксії і розладів сперматогенезу незалежно від тривалості захворювання [Ефремов Е.А., Касатонова Е.В., Мельник Я.И., 2015]. Венозний застій супроводжується ураженням яєчкової тканини, тому йому належить провідне місце серед причинних факторів чоловічої безплідності.

**Метою** нашого дослідження було, вивчити зміни в компонентах гематотестикулярного бар'єру при венозному застої. Дослідження проведено на 15 статевозрілих білих лабораторних щурах-самцях, яким під загальним ефірним наркозом виключали ліву яєчкову вену перед впаданням її в ліву ниркову вену. Через 30 діб від початку дослідів забирали тканини яєчка. Забір матеріалу для електронно-мікроскопічного дослідження структур проводили за загальноприйнятими правилами.

За нашими спостереженнями встановлено, що венозна гіпоксія на 30-ту добу призводить до змін у компонентах гематотестикулярного бар'єру. У власній оболонці вони проявлялися складчастістю базальної мембрани неклітинного шару, наростанням кількості колагенових волокон, деформацією ядер та вираженим мікропіноцитозом цитоплазми міоїдних клітин, редукцією міофібрил, фрагментацією крист мітохондрій, розширенням цистерн і дегрануляцією ендоплазматичної сітки. У підтримувальних клітинах зменшувалася електронна щільність цитоплазми, у ній наростала кількість ліпідних крапель і лізосом. Кристи мітохондрій деформовані. Елементи комплексу Гольджі та ендоплазматичної сітки розширені. У комплексі спеціалізованих з'єднань між підтримувальними клітинами відмічено розширення цистерн ендоплазматичної сітки з утворенням вакуолей, редукція філаментів, розходження цитолем.

**Результати досліджень** свідчать, про те, що моделювання венозної гіпоксії на 30-ту добу призводить до значних ультраструктурних змін у компонентах гематотестикулярного бар'єру, що може негативно вплинути на перебіг сперматогенезу і послужити однією із причин розвитку чоловічого безпліддя.

## СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНOSTІ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ ІВАНО- ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

*Голод Н.Р.*

*Науковий керівник – к.мед.н., доц. М.Г. Аравіцька  
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені  
Василя Стефаника»  
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний уні-  
верситет»  
Кафедра фізичного виховання та здоров'я*

**Мета дослідження.** Провести аналіз захворюваності студентів спеціальної медичної групи за період 2010-2015 роки Івано-Франківського національного медичного університету.

**Матеріали та методи дослідження.** Методи аналізу, методи математичної статистики.

**Результати дослідження.** Загалом з 2010-2011 по 2014-2015 навчальні роки на кафедрі фізичного виховання та здоров'я відвідували заняття з фізичного виховання у спеціальній медичній групі 575 студентів.

**Α**

Авраменко Б.В. 14, 20  
 Аль-Надаві Н.Д. 248  
 Андреева Я.С. 126  
 Андрійчук О.А. 46, 126  
 Андрусяк О.В. 47  
 Аніщенко Л.В. 213  
 Антоненко С.А. 218  
 Асадулаева Н.Я. 213

**Б**

Бабчук Л.Р. 214  
 Багрій М.В. 61, 130  
 Базалицька І.С. 15  
 Базилевич О.С. 138, 140  
 Байгуш Ю.В. 214  
 Балагуш О.С. 91, 115  
 Балаж О.П. 62  
 Балюк І.О. 101  
 Бандура С.М. 215  
 Баранова Е.В. 226  
 Барбе А.М. 215  
 Барзак Н.С. 28  
 Басараба Т.П. 216  
 Башкірова А.Д. 216  
 Бейчук Н.Г. 32  
 Бензель І.І. 217  
 Бережна А.В. 62  
 Березова М.С. 238  
 Беленічев І.Ф. 217  
 Белінський М.В. 28, 164, 183  
 Бильський Д.В. 218  
 Бігун Р.Р. 101  
 Бідошка О.І. 43, 8, 30  
 Бікеева В.В. 66  
 Білас О.Ю. 15  
 Білера Н.В. 218  
 Білецька К.Б. 219  
 Білик І.С. 219  
 Білич С.О. 143  
 Білоус М.В. 101  
 Білоус О.В. 160  
 Бірюкова К.І. 110  
 Блонна О.О. 93  
 Боброва В.І. 219  
 Богатчук А.О. 195  
 Богачова О.С. 220  
 Боднар М.В. 158  
 Боднар М.Я. 94  
 Боднар О.П. 220  
 Боднарчук Ю.В. 221  
 Бодруг Н.М. 161  
 Боєчко О.В. 129  
 Бойко А.М. 175  
 Бойко В.Ю. 59  
 Бойчук Т.С. 62  
 Болінська Є.Л. 28  
 Борейко С.Р. 143, 156  
 Борис О.Я. 196  
 Бортник Е.Ю. 167  
 Босий С.А. 12, 1  
 Боярський А.А. 161  
 Бронєцький І.В. 132  
 Брюханова А.О. 1, 89  
 Бубела К.П. 167

Буга С.В. 149  
 Бугерчук О.О. 93  
 Будзин А.В. 16  
 Буклів І.Т. 29, 195, 115  
 Булавінець Х. 139

**В**

Ваколук А.В. 124  
 Валецький Ю.Ю. 63  
 Вандяк У.О. 240  
 Варениця Л.М. 196, 161  
 Варунків С.В. 29, 102  
 Василик З.В. 233  
 Василишин А.Я. 129  
 Василишин В.Р. 30, 43  
 Василишин І.В. 31  
 Вахула О.С. 63  
 Вацеба Т.О. 143  
 Вдовиченко В.Ю. 116  
 Венчик Н.Б. 132  
 Витвицький Б.А. 1, 110  
 Вишневський М.І. 198  
 Вівсянник В.В. 32  
 Вівчарук Я.В. 31  
 Вікторова Ю.А. 55, 60  
 Власова О.В. 117  
 Войновська О. 168  
 Волинський Д.А. 221  
 Волобуєва В.В. 105  
 Волос В.П. 161  
 Волотівська Л.С. 103  
 Волотівський І.П. 103  
 Воробель В.В. 32, 117  
 Воробець Н.М. 168  
 Воробієнко Ю.І. 219  
 Воронич В.О. 16, 106  
 Вороновська М.М. 16  
 Врублевська І.І. 178

**Г**

Гавай О.В. 178  
 Гавенко Б.В. 196  
 Гаврилів У.Т. 5, 29  
 Гавришук Л.М. 179  
 Гавчук Є.В. 179  
 Гайдей Н.І. 24  
 Гайдучик Л.І. 112  
 Галишин М.Я. 97  
 Галій З.І. 160  
 Гарадзюк М.С. 253  
 Гарашак Ю.В. 171  
 Гаргаун В.А. 129  
 Гвозд М-Г. І. 23  
 Гдакович О.В. 11, 2  
 Герасимчук В.Р. 90  
 Герасимюк Б.С. 103, 222  
 Герей Г.І. 99  
 Герелюк В.І. 156  
 Гірняк М.М. 85, 87  
 Гладких Ф.В. 222  
 Глебов О.М. 177  
 Глива О.С. 237  
 Глов'як В.Г. 260  
 Глодан О.Я. 71, 223  
 Года Ілліана 118

Голей М.М. 2  
 Голенко Т.Н. 216  
 Голов'як В.Г. 260  
 Голованова А.Ю. 129, 175  
 Голод Н.Р. 72, 223  
 Гомон Н.М. 13  
 Гончаренко Г.Ю. 224  
 Гончарук-Хомин М.Ю. 224  
 Гохкаленко І.Д. 201  
 Грабчук А.М. 94  
 Градик Р.Т. 3, 174  
 Григорик Ю.І. 197  
 Григорчак І.Я. 52  
 Григорчук І.М. 17  
 Гринів Н.М. 80  
 Гринів Н.О. 159  
 Гринів Т.О. 27  
 Гринчишин А.В. 103  
 Гринюк М.Я. 227  
 Грицик Р.А. 180  
 Грицик Ю.А. 80  
 Грицишин Л.М. 57  
 Гриців Х.Т. 133  
 Грицкевич А.В. 80  
 Грицьків Ю.С. 31, 105  
 Губар О.С. 210  
 Губич І.Б. 126  
 Гузьо Н.М. 225  
 Гуль І.-Р.І. 197  
 Гуменюк В.Ф. 197  
 Гураєвський Ю.Р. 198  
 Гуранич С.П. 225  
 Гурін М.М. 21, 104  
 Гурмак А.В. 144  
 Гусар Т.В. 144  
 Гуцол Б.О. 104, 198  
 Гуцуляк Ю.В. 1, 199  
 Гучок М.Р. 129, 269  
 Гушпіт Л.Б. 99

**Д**

Давиденко О.В. 199  
 Давіденко С.В. 129, 269  
 Данукало М.В. 226  
 Дарий І.В. 226  
 Дахно А.І. 32  
 Дацків О.Р. 176  
 Деленко І.В. 3, 114  
 Демків М.В. 32  
 Демчина М.Б. 86  
 Дерев'яно О.Р. 144  
 Деркач Р.В. 145  
 Дехтяр Д.Г. 180  
 Джочка Л.Р. 79, 168  
 Дідух І.М. 200  
 Дмитрів В.В. 33  
 Дмитрієв К.Д. 99, 158  
 Дмитрук Х.І. 227  
 Дмитрук Ю.І. 65, 79, 130  
 Довбенюк К.В. 181  
 Довга Н.З. 227  
 Довганюк В.В. 181  
 Долинко Н.П. 228, 228  
 Доронюк Н.В. 181  
 Доцюк Л.Г. 238

## СІ ²ЇО:

Акушерство та гінекологія . . . . .	1
Анестезіологія та інтенсивна терапія . . . . .	12
Біологічна та медична хімія . . . . .	14
Біофізика . . . . .	24
Внутрішня медицина . . . . .	28
Гігієна та екологія . . . . .	52
Гістологія, цитологія та ембріологія . . . . .	57
Дерматологія та венерологія . . . . .	60
Інфекційні хвороби та епідеміологія . . . . .	61
Медицина іноземними мовами . . . . .	68
Медична біологія та генетика . . . . .	79
Мікробіологія та вірусологія . . . . .	82
Неврологія . . . . .	85
Нормальна та патологічна морфологія . . . . .	93
Нормальна та патологічна фізіологія . . . . .	101
Онкологія . . . . .	110
Оториноларингологія . . . . .	112
Офтальмологія . . . . .	115
Педіатрія . . . . .	117
Психіатрія, наркологія та медична психологія . . . . .	129
Радіологія та радіаційна медицина . . . . .	131
Соціальна медицина та організація охорони здоров'я . . . . .	132
Спортивна медицина . . . . .	138
Стоматологія . . . . .	143
Судова медицина . . . . .	158
Травматологія та ортопедія . . . . .	160
Українознавство та філософія . . . . .	167
Фармакологія . . . . .	175
Фармація . . . . .	178
Хірургія . . . . .	195
Наукові дослідження молодих вчених. . . . .	213
Алфавітний покажчик . . . . .	271