

*О.В. Синяченко, М.В. Ермолаева, А.А. Кривошей*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ЛИЧНОСТИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: системная красная волчанка, психосоматические расстройства

Поражение нервной системы имеется практически у всех больных СКВ, причем зачастую психопатологическая симптоматика является началом заболевания и выявляется задолго до полисиндромной клинической картины болезни [2, 3, 7, 9, 11]. Это касается как взрослых, так и детей [8, 14]. Клинические проявления психических расстройств при СКВ могут быть едва заметными и протекать в виде невротических реакций или резко выраженными, вызывающими неблагоприятный исход болезни [5, 12, 16].

Диагностика нейролюпуса исключительно трудна из-за маскировки его широким спектром психосоматических расстройств [1]. Нейропсихические нарушения выявляются у  $\frac{3}{4}$  больных СКВ [4] и проявляются упорной головной болью, мигренью, астенией, наруше-

ниями сна, прогрессирующим снижением памяти, эмоциональной неустойчивостью [3, 6, 10, 17]. В детском возрасте отмечаются неадекватное поведение больных, фобии, психоз, истерия, анорексия [15]. Наибольшие изменения параметров психологического исследования личности больных СКВ наблюдаются по шкалам «ипохондрия» (75%), «шизофрения» (61%), «истерия» (53%), «депрессия» (53%), «психастения» (50%) [2]. Психометрические тесты свидетельствуют об интеллектуально-мнестических нарушениях практически у всех пациентов [13].

Целью данной работы была оценка психологического профиля личности и психосоматических расстройств при СКВ и определение факторов, на них влияющих.

### Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 113 больных СКВ в возрасте от 15 до 55 лет (в среднем  $34,4 \pm 1,17$  лет), среди которых было 8 (7,1%) мужчин и 105 (92,9%) женщин. Средний возраст мужчин составил  $29,0 \pm 3,98$  лет, а женщин –  $34,8 \pm 1,22$  лет ( $S=1,39$ ,  $p=0,164$ ;  $F=1,23$ ,  $p=0,422$ ), длительность заболевания в этих группах – соответственно  $3,1 \pm 0,64$  лет и  $7,0 \pm 0,61$  лет ( $S=4,47$ ,  $p<0,001$ ;  $F=11,8$ ,  $p=0,002$ ). Острого течения СКВ у мужчин не отмечено, тогда как подострое и хроническое установлены соответственно в 37,5% и 62,5% случаев. У женщин перечисленный характер течения заболевания констатирован в 4,8%, 33,3% и 61,9% наблюдений. I, II и III степени активности СКВ имели место соответственно у 25,0%, 37,5% и 37,5% мужчин, 32,4%, 34,3% и 33,3% женщин. В целом, представители разного пола практически не отличались между собой по возрастным группам ( $\chi^2=1,41$ ,  $p=0,494$ ), продолжительности патологического процесса ( $\chi^2=3,26$ ,  $p=0,196$ ), течению ( $\chi^2=0,42$ ,  $p=0,811$ ) и степени активности заболевания ( $\chi^2=0,19$ ,  $p=0,910$ ).

У 90,3% больных наблюдались артрит или артралгии, у 85,0% — миокардит, у 74,3% — гломерулонефрит, у 69,9% — лихорадка, у 62,8% — поражение кожи и слизистых, у 50,4% — миозит или миалгии, у 47,8% — эндокардит или поражение клапанов сердца, у 44,3% — алопеция, у 37,2% — пневмонит, у 34,5% — лимфаденопатия, у 34,5% — перикардит, у 33,6% — гепатомегалия, у 31,9% — плеврит, у 23,0% — спленомегалия. У 81,9% женщин и 25,0% мужчин диагностировано поражение центральной нервной системы ( $\chi^2=14,0$ ,  $p<0,001$ ), соответственно у 38,1% и 25,0% — периферической ( $\chi^2=0,55$ ,  $p=0,460$ ). В 27,4% наблюдений констатирована хроническая почечная недостаточность (I степени – в 22,1%, II – в 2,7%, III – в 2,7%), причем мужчины и женщины не отличались по частоте развития снижения функций почек ( $\chi^2=1,08$ ,  $p=0,781$ ). Это же касалось и лабораторных показателей, среди которых лейкопения отмечена у 33,6% пациентов, анемия – у 78,8%, тромбоцитопения – у 15,9%, гипер-g-глобулине-

мия – у 91,2%; LE-клетки в периферической крови выявлены в 67,3% наблюдений, антитела к нативной ДНК – в 86,7%.

Нами изучены психологические особенности личности больных СКВ с помощью шкал «невротической триады», заимствованных из Миннесотского анкетного теста многостороннего исследования личности (ММПИ). 1-я шкала соответствовала ипохондрии, 2-я – депрессии, 3-я – конверсионной истерии.

### Результаты исследования и их обсуждение

Неврологические расстройства у 88 больных с нейролюпусом проявлялись упорной головной болью (88,6% наблюдений), головокружениями (31,8%), шумом в голове (11,4%), судорожным синдромом (9,1%), невралгией зрительного нерва (6,8%), вегетососудистыми атаками (22,7%), тремором рук (10,2%), обмороками (3,4%), повышением (70,5%) или снижением (15,9%) сухожильных рефлексов, кожной гиперестезией (13,6%), болезненностью нервных стволов (2,3%). Поражение центральной и периферической нервной системы оказывало влияние на другие клинические признаки СКВ (соответственно  $W=0,076$ ,  $R=2,928$ ,  $p<0,001$  и  $W=0,238$ ,  $R=2,966$ ,  $p<0,001$ ), в том числе на висцеральные (соответственно  $W=0,193$ ,  $R=2,976$ ,  $p<0,001$  и  $W=0,455$ ,  $R=2,447$ ,  $p<0,001$ ) и невисцеральные (соответственно  $W=0,400$ ,  $R=2,880$ ,  $p<0,001$  и  $W=0,701$ ,  $R=1,956$ ,  $p=0,009$ ).

У 5,7% больных с нейролюпусом констатированы психотические расстройства (у 3,4% — бред, у 2,3% — галлюцинации), у 71,6% — невротические (у 35,2% — раздражительность, у 45,5% — бессонница), у 35,2% — эмоциональные (у 34,1% — депрессия, у 4,6% — эйфория), у 47,7% — познавательные (нарушения памяти), у 6,8% — психосоматические (у 4,6% — психогенная гиперестезия, у 3,4% — психогенная головная боль, у 2,3% — тимпатические головокружения).

Психогенная гиперестезия способна была преобразовать все симптомы СКВ. Чрезвычайная интенсивность субъективного чувства в ответ на минимальные раздражители или нормальные интерорецептивные ощущения, а также устойчивость их в клинической картине делали больных «болевыми гиперпатами». Одним из проявлений общей гиперестезии чувствительности становилась диффузная или локальная кожная гиперестезия, которая сочеталась со спонтанными болезненными ощущениями в коже, достигающими степени острых миалгий. При СКВ мы не наблюдали понижения тактильной и болевой чувствительности, тем более появления зон анестезии.

Статистическая обработка полученных результатов исследований проведена с помощью компьютера (пакеты лицензионных программ «Microsoft Excel», «Stadia.6.1/prof» и «Statistica»). Оценивали средние значения (M), их ошибку (m), критерии Стьюдента (S), Фишера (F), корреляции (r), Хи-квадрат ( $\chi^2$ ), Вилкоксона (W), Рао (R) и Крускала-Уоллиса (KW), достоверность показателей (p).

Кожная гипестезия вызывала жалобы на похолодание тыльных поверхностей кистей и стоп.

Объектом ипохондрической фиксации являлся шум в голове, делающий более явственным характерный для сенестезической головной боли лабиринтный компонент. Провоцирующее значение имели любые дополнительные инструментальные исследования, определяющие объект ипохондрической фиксации пациентов. Отмечались преходящая слуховая гиперестезия с картиной раздражительной слабости или депрессивное состояние с жалобами на «ухудшение слуха», а также аффективные расстройства со «снижением зрения и повышенной утомляемостью глаз при чтении».

Постоянная и часто усиливающая головная боль в утренние и вечерние часы относилась к проявлениям невротических и псевдоневротических состояний. У одной больной (1,1%) наблюдалось чередование мигреноподобной боли с аффективными приступами. В трех случаях (3,4%) к разряду маскированных депрессий относились варианты диффузной головной боли при истероипохондрических расстройствах. При артериальной гипертензии у 5 больных (5,7%) с люпус-нефритом регистрировали простые (несистемные) головокружения, усиливающиеся во время умственного перенапряжения. Головокружения и обморочные состояния выступали в качестве наиболее яркого клинического проявления общей психической гиперестезии и при отсутствии болезненных и других неприятных ощущений. В отличие от системных головокружений, обусловленных органическим поражением центральной нервной системы (ЦНС), больные не испытывали тошноты, ощущения вращения или смещения окружающей обстановки.

Психологический профиль личности больных СКВ представлен в табл. 1. Все параметры имели высокодостоверные отличия от таковых у здоровых людей. При исследовании психологических особенностей пациентов оказалось, что расстройства тревожного ряда встречались в 4,7

раза чаще, чем тревожно-депрессивные состояния. Нужно подчеркнуть, что по данным М.М.Ивановой [2001], наибольшие изменения теста ММРІ при СКВ наблюдаются по шкалам «ипохондрия» (75%), «шизофрения» (61%), «истерия» (53%), «депрессия» (53%), «психастения» (50%). На психологический профиль личности оказывал влияние пол больных ( $W=0,923$ ,  $R=3,035$ ,  $p=0,032$ ), но не их возраст, длительность заболе-

вания, характер течения и степень активности патологического процесса. Ипохондрия зависела от характера течения и степени активности СКВ (соответственно  $KW=8,07$ ,  $p=0,018$  и  $KW=7,65$ ,  $p=0,022$ ). Необходимо отметить, что выраженность ипохондрии прямо коррелировала с активностью заболевания ( $r=+0,237$ ,  $p=0,011$ ), а подобная связь в отношении депрессии и конверсионной истерии отсутствовала.

Таблица 1

**Психологический профиль личности больных СКВ и здоровых людей  
( $M \pm m$ , баллы)**

Психологический профиль личности	Группы обследованных		Статистические отличия у больных и здоровых			
	больные	здоровые	S	p S	F	p F
Ипохондрия	69,1±0,85	50,9±0,42	19,3	<0,001	14,2	<0,001
Депрессия	63,5±0,79	44,1±0,41	22,0	<0,001	13,0	<0,001
Истерия	55,4±0,32	47,1±0,60	12,3	<0,001	1,01	0,486

На психологический профиль личности больных СКВ влияли лихорадочный и суставной синдромы (соответственно  $W=0,853$ ,  $R=2,340$ ,  $p=0,034$  и  $W=0,766$ ,  $R=2,104$ ,  $p=0,032$ ), наличие алопеции ( $W=0,823$ ,  $R=2,696$ ,  $p=0,016$ ), эндокардита или изменений клапанов сердца ( $W=0,802$ ,  $R=2,681$ ,  $p=0,017$ ), а также поражения ЦНС ( $W=0,684$ ,  $R=1,994$ ,  $p=0,007$ ). Последнее оказывало влияние на ипохондрию и депрессию (соответственно  $KW=7,52$ ,  $p=0,006$  и  $KW=5,98$ ,  $p=0,014$ ), но не на конверсионную истерию. Отметим, что повышение температуры тела, артрит (артралгии) и алопеция оказывали влияние лишь на развитие ипохондрии (соответственно  $KW=9,22$ ,  $p=0,002$ ;  $KW=4,16$ ,  $p=0,041$ ;  $KW=7,68$ ,  $p=0,006$ ), а поражение эндокарда и клапанного аппарата сердца мало воздействовало на развитие ипохондрии, депрессии и конверсионной истерии.

Тяжесть изменений ЦНС положительно коррелировала со степенью ипохондрии ( $r=+0,447$ ,  $p<0,001$ ) и депрессии ( $r=+0,232$ ,  $p=0,013$ ), а вегетативной – только с ипохондрией ( $r=+0,206$ ,  $p=0,045$ ). Состояние ипохондрии имело прямую связь с уровнем лихорадки ( $r=+0,300$ ,  $p=0,002$ ), тяжестью алопеции ( $r=0,308$ ,  $p=0,001$ ), лимфаденопатии ( $r=+0,211$ ,  $p=0,023$ ), миокардита ( $r=+0,257$ ,  $p=0,006$ ) и эндокардита ( $r=+0,370$ ,  $p<0,001$ ), а депрессии – с алопецией ( $r=+0,194$ ,  $p=0,040$ ), что отражено в табл. 2. Нужно подчеркнуть, что плеврит имел обратную взаимосвязь

с выраженностью ипохондрии ( $r=-0,199$ ,  $p=0,033$ ), хотя влияние воспаления плевры на этот психологический профиль личности, а также депрессию и конверсионную истерию отсутствовало. Снижение функции почек никак не отражалось на психологическом профиле личности больных СКВ, причем это касалось и ипохондрии, и депрессии, и конверсионной истерии. Выраженность этих состояний со степенью почечной недостаточности не коррелировала.

Большое прямое влияние на психологический профиль личности оказывало наличие у больных СКВ антифосфолипидного синдрома ( $W=0,812$ ,  $R=8,408$ ,  $p<0,001$ ), хотя это касается лишь признаков ипохондрии ( $KW=12,5$ ,  $p<0,001$ ;  $r=+0,397$ ,  $p<0,001$ ), а не депрессии и конверсионной истерии. Следовательно, антифосфолипидный синдром вызывает не только неврологические расстройства (как правило, церебральные сосудистые), но и невротические.

Ипохондрия при СКВ усугубляет тяжесть психосоматических расстройств, которую мы оценивали по сумме выраженности имеющихся признаков, определяемой по 4-х-балльной системе (от 0 до 3). Отмечены не только отчетливое влияние ипохондрического варианта профиля личности на психосоматические проявления заболевания ( $KW=8,77$ ,  $p=0,012$ ), но и прямая корреляционная связь между тяжестью этих признаков ( $r=+0,315$ ,  $p=0,001$ ). Выраженность психосоматических расстройств также

была взаимосвязанной с конверсионной истерией ( $r=+0,255$ ,  $p=0,006$ ). Депрессивный синдром на степень психосоматических расстройств не влиял.

Уровень психосоматических расстройств прямо коррелировал с тяжестью поражения ЦНС и периферической нервной системы (соответственно  $r=+0,601$ ,  $p<0,001$  и  $r=+0,271$ ,  $p=0,004$ ), антифосфолипидного и суставного синдромов

(соответственно  $r=+0,206$ ,  $p=0,027$  и  $r=+0,245$ ,  $p=0,010$ ), изменений миокарда, эндокарда и перикарда (соответственно  $r=+0,453$ ,  $p<0,001$ ;  $r=+0,318$ ,  $p=0,001$ ;  $r=+0,218$ ,  $p=0,019$ ). Эти данные представлены на рисунке 1. Можно считать, что выраженный артрит, алопеция и люпус-панкардит относятся к прогнознегативным признакам в отношении развития психосоматических нарушений.

Таблица 2

**Корреляционные связи выраженности отдельных психологических профилей личности больных СКВ с другими клиническими признаками заболевания**

	Психологический профиль личности					
	ипохондрия		депрессия		конверсионная истерия	
	г	р	г	р	г	р
1	+0,300	0,002	+0,055	0,568	-0,067	0,511
2	+0,133	0,155	+0,032	0,737	-0,072	0,544
3	+0,031	0,744	-0,090	0,652	-0,152	0,105
4	+0,079	0,590	+0,022	0,813	+0,019	0,836
5	+0,308	0,001	+0,194	0,040	+0,037	0,707
6	+0,211	0,023	+0,086	0,631	-0,057	0,557
7	-0,031	0,744	+0,064	0,509	-0,011	0,901
8	+0,257	0,006	+0,051	0,600	-0,095	0,316
9	+0,370	<0,001	+0,006	0,952	+0,063	0,514
10	+0,004	0,966	+0,176	0,059	-0,114	0,229
11	-0,117	0,215	-0,092	0,668	-0,129	0,169
12	-0,199	0,033	-0,001	0,989	-0,181	0,052
13	-0,159	0,088	-0,037	0,703	+0,010	0,910
14	-0,136	0,146	+0,075	0,565	-0,033	0,731
15	+0,447	<0,001	+0,232	0,013	+0,116	0,218
16	+0,162	0,083	+0,060	0,536	+0,059	0,539

Примечание (здесь и в рисунке). 1 – лихорадка, 2 – артрит или артралгии, 3 – миозит или миалгии, 4 – поражение кожи и слизистых оболочек, 5 – алопеция, 6 – лимфаденопатия, 7 – гломерулонефрит, 8 – миокардит, 9 – эндокардит, 10 – перикардит, 11 – пневмонит, 12 – плеврит, 13 – гепатомегалия, 14 – спленомегалия, 15 – поражение центральной нервной системы, 16 – поражение периферической нервной системы.

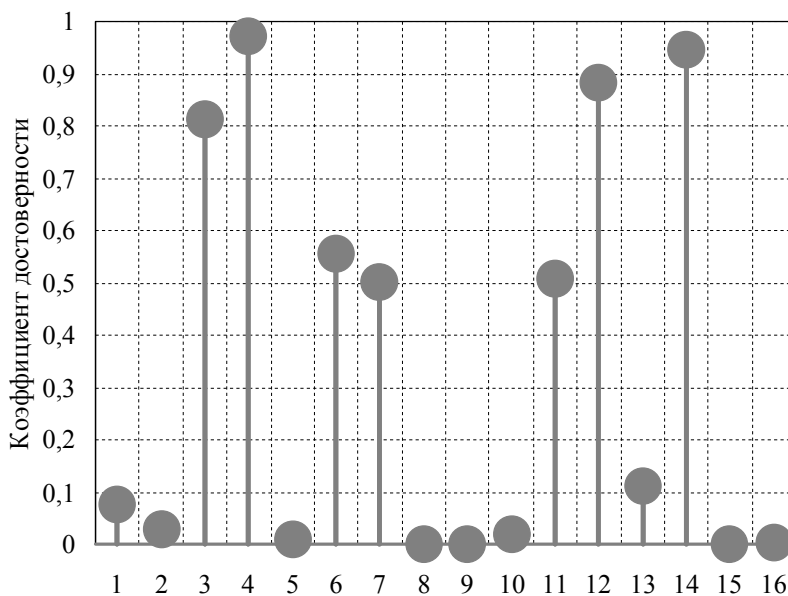
Тяжесть психосоматических расстройств не зависела от титров антител к нативной ДНК. Учитывая связь психосоматических нарушений с антифосфолипидным синдромом мы провели анализ корреляционных сопоставлений с иммуноглобулин-Г-антителами к кардиолипину (а-КЛ), Е- и Р-селектином. Оказалось, что а-КЛ и Р-селектин имели прямую взаимо-

зависимость с психосоматическими расстройствами (соответственно  $r=+0,404$ ,  $p<0,001$  и  $r=+0,541$ ,  $p<0,001$ ), а Е-селектин – обратную ( $r=-0,377$ ,  $p<0,001$ ).

Нами не выявлено корреляционных связей тяжести психосоматических расстройств с возрастом больных, длительностью заболевания и степенью активности патологического процес-

са, показателями квадратического вегетативного индекса Кердо, уровнем среднего артериального давления, функциональным состоянием почек (по данным клиренса креатинина), содержанием неорганических электролитов в крови (калия, натрия, кальция, магния, хлора, фосфора), концентрацией общих липидов, холесте-

на, фосфолипидов, липопротеидов высокой, низкой и очень низкой плотности, а также с динамическим поверхностным натяжением при временах существования поверхности, равных 0,01 сек, 1 сек и 100 сек. Между тем отмечена прямая зависимость с уровнем триглицеридемии  $r=+0,216$ ,  $p=0,047$ ).



**Рис.1.** Достоверность корреляционных связей между тяжестью психосоматических расстройств и другими клиническими признаками СКВ

Таким образом, у больных с нейролюпусом наблюдаются психотические (бред, галлюцинации), невротические (раздражительность, бессонница), эмоциональные (депрессия, эйфория), познавательные (нарушения памяти) и психосоматические расстройства (психогенная гиперестезия и головная боль, тимопатические головокружения). На психологический профиль личности больных СКВ оказывают влияние пол пациентов, лихорадочный, суставной и антифосфолипидный синдромы, наличие алопеции, эндокардита или изменений клапанов сердца, а также поражение ЦНС, которое влияет на ипохондрию и депрессию,

но не на конверсионную истерию. Отмечается отчетливое влияние ипохондрического варианта профиля личности на тяжесть психосоматических проявлений заболевания, что коррелирует с выраженностью поражения центральной и периферической нервной системы, антифосфолипидного синдрома, артрита и кардита, уровнями в крови триглицеридов, Е-селектина, Р-селектина и антител к кардиолипину. Психосоматические аспекты СКВ составляют существенную часть ее клинко-патогенетической характеристики, а в комплексное лечение больных следует включать современные психотерапевтические воздействия.

*О.В. Сняченко, М.В. Єрмолаєва, А.А. Кривоший*

## ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ПОСТАТІ ТА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

У хворих на нейролюпус спостерігаються психічні, невротичні, емоційні, пізнавальні та психосоматичні розлади. На психологічний профіль постаті хворих на системний червоний вовчак чинять вплив стать пацієнтів, лихоманковий, суглобовий і антифосфоліпідний синдроми, наявність алопеції, ендокартиту або змін клапанів серця, а також ураження центральної нервової системи, яке впливає на іпохондрию та депресію, але не на конверсійну істерію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 39-44)

**PSYCHOLOGICAL PERSONALITY PROFILE AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS  
IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS**

Donetsk State Medical University

Patients with neurolupus are noted to have mental, neurotic, emotional, cognitive and psychosomatic disorders. The psychological profile of patients with systemic lupus erythematosus is affected by the patient's gender, febrile, articular and antiphospholipid syndromes, the presence of alopecia, endocarditis or changes in the heart valves as well as nervous system impairment which affect rather hypochondria and depression than conversion hysteria. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 39-44)

*Литература*

1. Иванова М.М., Близинок О.И., Щекутьев Г.А., Пушкова О.В. Диагностика поражения центральной нервной системы у больных системной красной волчанкой // *Клин. ревматол.*-1991.-№4.-С.6-8.
2. Иванова М.М. ЦНС-люпус: проблемы и достижения (результаты 10-летнего клинико-инструментального исследования) // *Тер. арх.*-2001.-Т.73, №5.-С.25-29.
3. Свинцицкий А.С. Системная красная волчанка: особенности клинической симптоматики // *Doctor.*-2002.-№1.-С.22-26.
4. Appenzeller S., Costallat L.T. Cognitive impairment related to systemic lupus erythematosus // *Ann. Rheumat. Dis.*-2001.-Vol.60, Suppl.1.-P.175-176.
5. Bluestein H.G. The central nervous system in erythematosus: systemic lupus erythematosus / Ed. R.G.Lahita.-NY: Crurchill Livingstone, 1992.-639-655.
6. Bruyin G.A.W. Controversies in lupus: nervous system involvement // *Ann. Rheum. Dis.*-1995.-Vol.54.-P.159-167.
7. Calabrese L.V., Stern T.A. Neuropsychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus // *Psychosomatics.*-1995.-Vol.36.-P.344-359.
8. Chacon J., Garcia-Moreno J.M., Valencia J., Redondo L., Alegre S., Castro A., Perez G. Parkinson disease of juvenile onset with systemic lupus erythematosus in a pre-symptomatic stage // *Rev. Neurol.*-1999.-Vol.29, N8.-P.725-727.
9. Costallat L.T., Bertolo M.B., Appenzeller S. The applicability of the american college of rheumatology nomenclature and case definition for neuropsychiatric lupus syndromes: analysis of 527 patients // *Ann. Rheumat. Dis.*-2001.-Vol.60, Suppl.1.-P.175-176.
10. Denburg S.D., Carbotte R.M., Denburg J.A. Psychological aspects of systemic lupus erythematosus: cognitive function, mood and self-report // *J. Rheumatol.*-1997.-Vol.24.-P.998-1003.
11. Isenberg D.A., Liang M.H. CNS-lupus – where do we go from here? // *Lupus.*-1999.-Vol.1.-P.1-3.
12. Kelley W. (Eds.) Textbook of rheumatology.-London: Lippincott Williams & Wilkins, 1997.-1028-1039.
13. Sabbadini M.G., Manfredi A.A., Bozzolo E. et al. Central nervous system involvement in systemic lupus erythematosus patient without overt neuropsychiatric manifestations // *Lupus.*-1999.-Vol.8.-P.11-19.
14. Schor N.F. Neurology of systemic autoimmune disorders: a pediatric perspective // *Sem. Pediatr. Neurol.*-2000.-Vol.7, N2.-P.108-117.
15. Shpionkova O.V., Podchernaeva N.S., Riabova T.V. Neuropsychiatric disorders in children with systemic lupus erythematosus // *Ann. Rheumat. Dis.*-2001.-Vol.60, Suppl.1.-P.181.
16. Wallace D.J., Metzger A.L. Systemic lupus erythematosus and the nervous system / In: Dubois lupus erythematosus / Ed. D.J.Wallace, B.Hanh.-Philadelphia: Lea & Febiger, 1993.-P.37-85.
17. West S.G. Neuropsychiatric lupus // *Rheum. Dis. Clin. North Am.*-1994.-Vol.20.-P.129-158.

Поступила в редакцию 28.06.03