

Скрининг на случаи на туберкулоза сред високорисково население в три общини на Смолянска област

Георги Искров¹, д-р Радостина Симеонова², д-р Мими Кубатева³,
д-р Цонка Митева-Катранджиева¹, д-р Сиџка Чернева³,
проф. Румен Стефанов¹

¹Българска асоциация за промоция на образование и наука, Пловдив

²Медицински център „Раредис“, Пловдив

³Регионална здравна инспекция, Смолян

Резюме

Въпреки неоспоримия напредък в превенцията, диагностиката, лечението и проследяването, туберкулозата (ТБ) остава едно от най-тежките заболявания и водеща причина за белодробна патология. Основна цел на проведеното проучване е изследване на високорискови групи от Смолянска област и оценка на превенцията на това социално-значимо заболяване в региона. Получените резултати изграждат социално-демографски профил на високорисковите за ТБ групи, допълнен със специфична информация за ТБ предиспозиция. Проучването констатира добро ниво на първична и вторична профилактика и прави препоръки за нейното подобряване. Контакт с активно инфектирани и отслабена имунна система са ключов белег за идентифициране на ТБ рисковите групи. Необходимо е да се продължи успешната работа с подрастващите и да се пропагандира здравословен начин на живот сред тях. Ромското население се очертава като високприоритетна група за целенасочени действия за превенция на ТБ. За целта здравните органи следва да търсят по-широка подкрепа в лицето на местната власт, образователните и социалните институции. Трансграничното и междурегионалното сътрудничество са също ефективен способ за решаването на тези проблеми. **Ключови думи:** туберкулоза, скрининг, високорисково население, превенция

Screening Of Tuberculosis Among High-Risk Population In Three Municipalities Of Smolyan Region

Georgi Iskrov¹, Radostina Simeonova², Mimi Kubateva³, Tsonka Miteva-Katrandzhieva¹,
Siyka Cherneva³, Rumen Stefanov¹

¹Bulgarian Association for Promotion of Education and Science, Plovdiv

²Medical Centre „RareDis“, Plovdiv

³Regional Health Inspection – Smolyan

Abstract

Despite the undeniable progress in the prevention, diagnosis, treatment and follow-up, tuberculosis (TB) remains one of the most severe diseases and a leading cause of pulmonary pathology. The main objective of this study is to screen high-risk population groups in Smolyan region and to evaluate the level of prevention of this socially significant disease in that particular geographical area. The results help to establish socio-demographic profile of TB high-risk groups, supported with TB predisposition information. The study finds a good level of prevention and makes recommendations for improvement. The active work with infected and persons with weakened immune system is a key feature to identify TB risk groups. It is necessary to continue the successful work with young people and to promote healthy lifestyle among them. Roma population emerges as a high priority group for targeted interventions to prevent TB. For this purpose, health authorities should seek broader support from local government, educational and social institutions. Cross-border and interregional cooperation are also an effective way to solve these problems.

Key words: tuberculosis, screening, high-risk population, prevention

Въведение

Въпреки неоспоримия напредък в превенцията, диагностиката, лечението и проследяването, туберкулозата (ТБ) остава едно от най-тежките заболявания и водеща причина за белодробна патология. ТБ води до намалена работоспособност, повишена инвалидизация и смъртност, оказва неблагоприятно въздействие върху финансовата и социалната стабилност на индивида, семейството и обществото. Тежестта на заболяването в личен и обществен план, както и значителните разходи за лечението му налагат обществото да мобилизира всички свои усилия за контрол и профилактика.

ТБ е инфекциозно заболяване, което се причинява от различни щамове микобактерии, най-често *Mycobacterium tuberculosis*¹¹. ТБ обикновено атакува белите дробове, но може да засегне и други органи и системи. Основен източник на заразяване е болният от белодробна ТБ. Заразяването е най-често по въздушно-капков път. При кашляне, кихане и дори при разговор болният отделя ТБ бактерии във въздуха. В повечето случаи ТБ е асимптоматична и латентна, но около един на всеки десет латентно инфектирани в крайна сметка прогресира до активно заболяване, което, ако не се лекува, в повече от 50% от случаите е с летален изход¹⁶.

Класическите симптоми на активна ТБ инфекция включват хронична кашлица с храчки, примесени с кръв, повишена температура, нощно изпотяване и загуба на тегло. Диагностиката на активна ТБ се основава на рентгенография на белите дробове, както и микроскопско изследване и микробиологична култура на телесни течности⁶, докато при латентната форма се разчита на кожния туберкулинов тест (проба Манту) и/или на кръвни тестове¹³. Терапията изисква прием на антибиотици в продължение на дълъг период от време. Нараства проблемът с мултирезистентната ТБ⁸.

Основна цел на проведеното проучване е изследване на високорискови групи от Смолянска област и оценка на превенцията на това социално-значимо заболяване в региона.

Материал и методи

През 2012 г. на територията на три общини от област Смолян – Смолян, Златоград и Рудозем, е проведено скрининг изследване за ТБ и анкетно проучване за риска от това заболяване. Участието в проучването е доброволно и безплатно. Скринингът обхваща 500 лица, разпре-

делени в следните групи – 300 деца в училищна възраст и 200 възрастни от високорискови групи. Предварително са зададени следните 6 подгрупи: деца на 7-, 11- и 17-годишна възраст; болни с белодробни заболявания във Вътрешно отделение на МБАЛ „Д-р Братан Шукеров“ (Смолян); работещи в хранителни обекти и детски заведения, социални домове; ромско население. За формиране на представителна извадка по общини са използвани данни от последното преброяване², според което населението на трите общини е както следва – 40 941 (Смолян), 12 207 (Златоград), 10 007 (Рудозем).

Скрининг изследването включва проучване, изследване и определяне на представители на рискови групи, попълване на анкетна карта, извършване и отчитане на проби Манту, вземане, транспортиране и изследване на храчки (микроскопски и посевки), рентгенография на бял дроб на лицата с хиперергична реакция от кожния туберкулинов тест, както и на съмнителни болни с белодробни заболявания, епидемиологично изучаване, преглед на семейства и контактни с туберкулозно болни лица. От всички участници е получено информирано съгласие за участие. Интерпретацията на туберкулиновите проби е извършена от лекари, специалисти по фтизиатрия, пулмология и епидемиология. Областните здравни власти са уведомени за всички положителни резултати и изследваните биват насочвани за експертно мнение в съответните лечебни заведения.

Анкетната карта се попълва лично. Всяка карта има уникален код, съдържащ информация за общината по местоживее и целевата група участници. Въпросите имат за цел изграждането на социално-демографски профил (пол, възраст, образование, трудова заетост, общ трудов стаж, семейно положение, брой деца и тяхната възраст), допълнен със специфична за ТБ информация (височина, тегло, БЦЖ ваксинация, контакт с ТБ болни, брой хора, обитаващи жилището, и брой стаи в жилището). Контролът на качеството на попълване се осъществява от предварително обучено за целта медицинско лице.

За статистическа обработка на данните са приложени вариационен анализ, алтернативен анализ, корелационен анализ, дисперсионен анализ, непараметрични (хи-квадрат, точен тест на Фишер) и параметрични тестове (t-тест) за сравняване на относителни дялове и средни величини. Използван е специализиран статистически софтуер SPSS (вер. 13).

Резултати

Социално-демографските показатели (табл. 1) следват спецификата на загадените високо-рисккови групи. Болните с белодробни заболявания са със значително по-висока възраст спрямо останалите две категории възрастни – 61.58 ± 13.40 години, което впоследствие обуславя по-големия общ трудов стаж (27.45 ± 8.98 години) и относителен дял на пенсионери в тази група (45.5%). И в трите групи възрастни преобладават жените, като в категорията работещи в хранителни обекти, детски заведения и социални домове те са най-много – 77.3%. Ромското население показва най-ниски стойности при трудовите показатели – 57.4% безработица и едва 8.76 ± 6.04 години общ трудов стаж при средна възраст близо 42 години.

Анкетните карти включват и въпрос за предиспозиция към ТБ (табл. 2). Въз основа на данните за ръст и тегло е изчислен индекс за телесна маса по групи. Всички категории възрастни, макар и с малко, попадат в категория-

та на предзатлъстяване. Социално-битовите условия са сходни и показват едно задоволително ниво. Изключение донякъде е групата на ромите, при които броят обитаващи едно жилище е най-голям, а броят стаи в жилището – най-малък. БЦЖ вакцинацията е почти 100% сред всички изследвани, а процентът на контактите с ТБ болни е много малък – едва 3% от всичките анкетиранни.

Туберкулиновият тест на Манту (табл. 3) е извършен и отчетен от специалист по пневмология и фтизиатрия с дългогодишен медицински опит. Две трети от общо 300 изследвани деца са показали нормоергична реакция, докато хиперергична такава е наблюдавана при едва четири лица. Установява се тенденция с нарастването на възрастта при децата относителният дял на нормоергичната реакция да нараства за сметка на отрицателната – при 7-годишните съотношението отрицателна – нормоергична реакция е 50 на 50, докато при 17-годишните е вече 17%–80%.

Показател	Целева група					
	Деца			Болни с белодробни заболявания	Работещи в ХО, ДЗ и СД	Ромско население
	7 години	11 години	17 години			
Възраст ($x \pm Sx$)	7.00 ± 0.00	11.00 ± 0.00	17.00 ± 0.00	61.58 ± 13.40	45.18 ± 10.80	41.94 ± 11.47
Пол						
♦ мъже	51 (51.0%)	57 (57.0%)	43 (43.0%)	29 (43.9%)	15 (22.7%)	21 (30.9%)
♦ жени	49 (49.0%)	43 (43.0%)	57 (57.0%)	37 (56.1%)	51 (77.3%)	47 (69.1%)
Образование						
♦ без	100 (100.0%)	0	0	4 (6.1%)	0	2 (3.0%)
♦ начално	0	100 (100.0%)	0	2 (3.0%)	0	26 (38.2%)
♦ основно	0	0	100 (100.0%)	32 (48.5%)	9 (13.6%)	37 (54.4%)
♦ средно	0	0	0	26 (39.4%)	45 (68.2%)	3 (4.4%)
♦ висше	0	0	0	2 (3.0%)	12 (18.2%)	0
Трудова заетост						
♦ безработен	0	0	0	6 (9.1%)	0	39 (57.4%)
♦ учащ	100 (100.0%)	100 (100.0%)	100 (100.0%)	0	0	0
♦ селско стопанство	0	0	0	2 (3.0%)	0	0
♦ лека промишленост	0	0	0	6 (9.1%)	0	0
♦ тежка промишленост	0	0	0	8 (12.1%)	0	0
♦ услуги	0	0	0	14 (21.2%)	65 (98.5%)	28 (41.2%)
♦ администрация и управление	0	0	0	0	1 (1.5%)	0
♦ пенсионер	0	0	0	30 (45.5%)	0	1 (1.4%)
Общ трудов стаж ($x \pm Sx$)	X			27.45 ± 8.98	21.89 ± 10.47	8.76 ± 6.04
Семейно положение						
♦ несемеен/а				0	17 (25.8%)	6 (8.8%)
♦ семеен/а				47 (71.2%)	39 (59.1%)	50 (73.5%)
♦ разведен/а				2 (3.0%)	3 (4.5%)	0
♦ вдовец/а				15 (22.8%)	1 (1.5%)	4 (5.9%)
♦ съжителство				2 (3.0%)	6 (9.1%)	8 (11.8%)
Брой деца ($x \pm Sx$)				2.35 ± 0.77	1.48 ± 0.85	2.46 ± 1.09

Табл. 1. Социално-демографска характеристика

Показател	Целева група					
	Деца			Болни с белодробни заболявания	Работещи в ХО, ДЗ и СД	Ромско население
	7 години	11 години	17 години			
Ръст (cm)	127.50 ± 2.61	140.77 ± 5.76	168.16 ± 6.34	168.12 ± 8.81	165.47 ± 8.37	168.15 ± 7.07
Тегло (kg)	26.40 ± 2.20	37.76 ± 5.66	62.18 ± 7.61	75.20 ± 12.29	71.59 ± 13.47	69.54 ± 9.41
Индекс на телесната маса	16.22 ± 0.92	18.94 ± 1.63	21.95 ± 2.06	26.72 ± 4.69	26.12 ± 4.35	25.49 ± 3.01
Брой стаи в жилището	3.26 ± 0.89	3.29 ± 0.84	3.51 ± 0.80	3.83 ± 1.53	3.56 ± 1.18	1.99 ± 0.59
Брой хора, обитаващи жилището	4.27 ± 0.92	4.51 ± 1.02	4.46 ± 0.92	3.65 ± 1.81	3.20 ± 1.14	4.96 ± 1.26
БЦЖ имунизация						
♦ не	0	0	0	2 (3.0%)	0	0
♦ да	100 (100.0%)	100 (100.0%)	100 (100.0%)	64 (97.0%)	66 (100.0%)	67 (100.0%)
БЦЖ имунизация на съпруг/съпруга						
♦ не				0	0	0
♦ да				50 (100.0%)	47 (100.0%)	58 (100.0%)
БЦЖ имунизация на дете						
♦ не				0	0	0
♦ да				66 (100.0%)	53 (100.0%)	62 (100.0%)
Контакт с ТБ болни						
♦ да	0	0	0	8 (12.1%)	3 (4.5%)	4 (5.9%)
♦ не	100 (100.0%)	100 (100.0%)	100 (100.0%)	58 (87.9%)	63 (95.5%)	64 (94.1%)

Табл. 2. Рискови фактори за ТБ

Реакция	Целева група						Общо
	Деца			Болни с белодробни заболявания	Работещи в ХО, ДЗ и СД	Ромско население	
	7 години	11 години	17 години				
Отрицателна	50 (50.0%)	29 (29.0%)	17 (17.0%)	23 (34.8%)	12 (18.2%)	5 (7.3%)	136 (27.2%)
Нормоергична	50 (50.0%)	70 (70.0%)	80 (80.0%)	43 (65.2%)	17 (25.8%)	31 (45.6%)	291 (58.2%)
Хиперергична	0	1 (1.0%)	3 (3.0%)	0	37 (56.0%)	32 (47.1%)	73 (14.6%)
Общо изследвани	100	100	100	66	66	68	500

Табл. 3. Резултати от кожен туберкулинов тест (проба Манту)

При групите възрастни най-голям е дялът на лицата с нормоергична реакция – 45.5%. Наблюдават се и различия – в групата на болните с белодробни заболявания няма нито един хиперергичен резултат, докато при работещите в хранителни обекти, детски заведения и социални домове и при ромите този процент е съответно 56.0% и 47.1%. Всички микроскопски изследвания и посежки на храчките са отрицателни за туберкулозни бактерии.

Дискусия

Наблюденията в европейски план⁷ показват смесена епидемиологична картина по отношение на ТБ. В източните държави членки са отчетени много по-високи проценти на съобщаване, отколкото в западните. През 2010 г. 27-те държави членки на ЕС, Исландия и Норвегия са съобщили за 73 996 случая на ТБ. В сравнение с 2009 г. общият брой на случаите е намалял със 7%, кое-

то е повече, отколкото през всяка от предходните три години. Общият процент на съобщаване през 2010 г. е 14.6 на 100 000 души и запазва низходящата тенденция, наблюдавана през предходните години. Това положително развитие се потвърждава от спада в съобщенията по отношение на основните групи пациенти, например новорегистрирани лабораторно потвърдени епизоди и лекувани преди това случаи. Средната възраст за съобщените през 2010 г. случаи на ТБ е 45 години, като в това отношение няма промяна от 2001 г. Повечето нови съобщения за ТБ попадат във възрастовите групи 25–44 и 45–64 години, което съставлява общо 60% от тези случаи.

У нас през последните четири години се отчита^{3,1} тенденция за намаляване на броя на регистрираните на ТБ от 3150 през 2008 г. до 2407 през 2011 г., както и намаляване на заболяемостта от 38.5 на 100 000 души население през 2008 г. до 27.9 на 100 000 през 2011 г. Заболяемостта от ТБ варира по региони, като

за Смолянска област тя е 21.3 на 100 000. Тези данни, разбира се, не биха могли да бъдат съпоставени с резултатите от проведеното проучване на територията на Смолянска област, предвид особеностите на методологията на самото изследване – то се фокусира върху високорискови групи, а не върху цялата популация.

БЦЖ ваксината се прилага като профилактична мярка срещу *Mycobacterium tuberculosis* (причинителя на ТБ). Ваксината съществува от повече от 80 години и въпреки някои спорни моменти в нейната ефикасност⁹, тя е една от най-често прилаганите. В страните, в които е включена в националния имунизационен календар, обхватът на новородените и кърмачетата достига над 80%¹⁴, а в Европа – дори 99.8%¹⁰. БЦЖ ваксината има висока надеждност по отношение на дисеминираната ТБ инфекция (0–1 случая на 100 000 ваксинирани)¹⁰. Получените резултати демонстрират едно много високо покритие на БЦЖ ваксинацията в Смолянска област – едва двама от анкетираните (0.4%) са посочени, че не са имунизирани. Сред детската популация обхватът е 100%.

Антропометричните измервания показват интересни резултати. Широко разпространена е асоциацията на ТБ инфекцията с недохранването. Въпреки някои предположения, че затлъстяването всъщност е по-рисков фактор, скоршни проучвания в тази област категорично показват, че въпреки множеството биологични, клинични и епидемиологични проблеми, свързани с високото тегло, затлъстяването намалява риска от развитие на активна ТБ инфекция при възрастните¹². Изчисленият на базата на посочените ръст и тегло индекс на телесна маса показва, че макар и с малко, и трите изследвани групи възрастни спадат в категория на предзатлъстяване, съгласно утвърдената класификация на СЗО¹⁵ (нормално тегло – 18.5–24.99, предзатлъстяване – 25.0–29.99). Съвременните изследвания все повече обръщат внимание на хранителния режим и ензимния профил като фактор за развитие на гадена патология. Така например ниско ниво на серумен албумин увеличава риска от ТБ, докато ниско съдържание на витамин А, тиамин, рибофлавин и желязо – не⁴.

Ромската общност е една от целевите групи за работа на действащата у нас „Национална програма за превенция и контрол на ТБ“¹. Тази група е особено уязвима по отношение на здравните и социалните проблеми. 84% от българските роми живеят под линията на бедността, а нивото на безработица сред тях е между 70% и 90%¹. По-малко от половината от ромските деца меж-

ду 6 и 14 години посещават училище¹. Получените данни за ромското население от проучването, макар и в по-малка извадка, затвърждават тази картина, особено по отношение на образованието и трудовата заетост. Трябва да се отбележи все пак, че социално-битовите условия, броят деца и имунизационният статус на тази група се доближават до показателите на другите две групи изследвани възрастни.

Медицинската практика определя висок риск за развитие на ТБ въз основа на два рисков фактора: контакт с активно инфектирани и отслабена имунна система⁵. Първата група включва контактните в близка среда с ТБ активно болни, имигранти от райони с високи нива на разпространение на ТБ, бездомни, интравенозни наркомани, затворници, както и лицата, които работят или пребивават с тези групи – служители в здравни, социални и изправителни заведения и т.н. Към втората се отнасят малки деца (често имат по-слаба имунна система от възрастните), лица със състояния като ХИВ, силикоза, диабет, бъбречна недостатъчност, трансплантирани, злокачествени заболявания на главата и шията, ниско телесно тегло, подлежащите на лечение с кортикостероиди или специализирано лечение за ревматоиден артрит или болест на Крон. Към всички тези групи е необходим специализиран подход и насочени действия за превенция и контрол на риска от развитие на ТБ.

Реформата по отношение на диспансерното наблюдение в България, и в частност ТБ диспансерите, отправя серия от предизвикателства пред всички медицински специалисти. Промоцията на здравословен начин на живот, повишеното внимание към рисковете за ТБ контингенти (особено контактните в социално-битова среда) и ранното насочване към профилиран специалист могат да бъдат оформени като важни препоръки към общопрактикуващите лекари. От своя страна специалистите пулмолози трябва да използват по-ефективно наличните ресурси за лечение и рехабилитация на болни от ТБ, както и активно да издирват латентно болни. Стриктното спазване на съвременните стандарти за добра практика е задължително условие за успех на предприетите мерки за превенция на ТБ.

Заклучение

България в момента реализира „Национална програма за превенция и контрол на ТБ“ за пери-

ог 2012–2015 г., която е продължение на поредица от предишни програми в същата област. Намалената заболяемост от ТБ през последните години у нас е до голяма степен благодарение на финансирането от страна на „Глобалния фонд за борба срещу СПИН, ТБ и малария“ чрез програмите „Подобряване на контрола на ТБ в България“ и „Укрепване на Националната програма по ТБ“. В резултат, освен намаляването на заболяемостта, у нас намалява и годишният брой регистрирани случаи на ТБ, увеличава се относителният дял на завършилите успешно лечение нови болни.

Въпреки тези успехи, ТБ като социален проблем продължава да е едно сериозно предизвикателство. Продължава разпространението ѝ у нас и поради все по-високата резистентност на причинителя се налага продължаването на целенасочените усилия в тази област. Основната цел трябва да бъде ранното откриване, проследяване и намаляване на трансмисията на ТБ инфекцията. Пътят към постигането на тази цел задължително минава през засилена превенция както сред високорисковите групи, така и в обществото като цяло. Скрининговите изследвания на регионално ниво са добър способ за идентифициране на уязвимите групи и специфичните проблеми по места. Получена от тях информация служи като отправна точка за по-нататъшни действия за решаване на негативните явления, свързани с ТБ.

Основна цел на проведеното скрининг проучване за ТБ е изследване на високорискови групи от Смолянска област и оценка на превенцията на това социално-значимо заболяване в региона. Оригиналният принос на проучването се състои от една страна в изграждането на моментна картина по отношение на разпространението на ТБ сред високорискови групи в Смолянска област, а от друга – в последващия анализ на факторите, обуславящи този процес, и възможните мерки за неговото противодействие. Посочените приноси имат потвърдителен характер с регионално значение. Потвърждава се по-ниското ниво на разпространение на ТБ в Смолянска област в сравнение с национален мащаб.

Резултатите от проучването дават основание да се направят следните препоръки. Трите групи деца – съответно на 7, 11 и 17 години, демонстрират отличен имунизационен статус и нормално физическо развитие. Необходимо е да се продължи успешната работа с позрастващите и да се пропагандира здравословен начин на живот сред тях. За раз-

лика от тях и трите групи възрастни демонстрират незадоволително физическо развитие. И макар това да не е силно въздействащ фактор по отношение на ТБ, продължаването на тази тенденция може да има силно отрицателен ефект за индивидуалното и колективното здраве в региона. Ромското население се очертава като високорисковата група за целенасочени действия за превенция на ТБ. За целта здравните органи следва да търсят по-широка подкрепа в лицето на местната власт, образователните и социалните институции. Трансграничното и междурегионалното сътрудничество са също ефективен способ за решаването на тези проблеми.

Допълнителна информация

Настоящото изследване се организира и провежда като част от проект „Насочени действия за превенция и лечение на туберкулоза и хепатит В“, финансиран по програма „Европейско териториално сътрудничество Гърция–България 2007–2013“, съгласно договор ТПРТВНВ В1–13.02.

Литература

1. Министерство на здравеопазването. Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България за периода 2012–2015 година.
2. Национален статистически институт. Преброяване на населението и жилищния фонд през 2011 година.
3. Национален център по обществено здраве и анализи. Регистрирани заболявания от активна туберкулоза по форма на заболяването.
4. Cegielski, J. P., L. Arab, J. Cornoni-Huntley. Nutritional risk factors for tuberculosis among adults in the United States, 1971–1992. – *Am J Epidemiol*, 176, 2012, № 5, 409–422.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Basic TB Facts. Risk Factors.
6. Escalante, P. In the clinic. Tuberculosis. – *Annals of internal medicine*, 150, 2009, № 11, ITC61–614; quiz ITV616.
7. European Centre for Diseases Prevention and Control. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2012.
8. Farmer, P. The major infectious diseases in the world—to treat or not to treat? – *N Engl J Med*, 345, 2001, № 3, 208–210.
9. Fine, P. E. M. Variation in protection by BCG: implications of and for heterologous immunity. – *Lancet*, 346, 1995, № 8986, 1339–1345.
10. Infuso, A., D. Falzon, EuroTV network. European survey of BCG vaccination policies and surveillance in children, 2005. – *Euro Surveill*, 11, 2006, № 3, 6–11.
11. Kumar, V., A. K. Abbas, N. Fausto et al. Robbins Basic Pathology. 8th ed. – *Saunders Elsevier*, 2007, 516–522.
12. Leung, C. C., T. H. Lam, W. M. Chan et al. Lower risk of tuberculosis in obesity. – *Arch Intern Med*, 167, 2007, № 12, 1297–1304.

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.