

СОВРЕМЕННЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

ИУ «Тюрьма №4» УДИН МВД Республики Беларусь
по Могилевской области (г.Могилев),

Могилевский областной противотуберкулезный диспансер (МОПТД)

Следственные изоляторы представляют собой своеобразный «фильтр» по выявлению туберкулеза у асоциальных лиц.

Ключевые слова: следственный изолятор, туберкулез

V.I. Petrov, D.V. Kasperskiy, S.P.Samara, A.M.Vaschenko

MODERN ASPECTS OF FIGHTING WITH TUBERCULOSIS IN INSTITUTIONS OF CONFINEMENT.

Detention facilities are like filters which reveal tuberculosis for asocial individuals.

Key words: detention facilities, tuberculosis

Проблема туберкулёза актуальна сегодня как для всего населения Земного шара, так и для исправительных учреждений (ИУ) Республики Беларусь. Ежегодно в мире туберкулёзом заболевают 8,0 млн. человек, а 2,0 млн. человек умирает от этого заболевания. ИУ Республики Беларусь – весомый резервуар туберкулёзной инфекции в стране, а эпидемическое благополучие мест лишения свободы по туберкулёзу – важнейший компонент охраны здоровья всего населения в целом. Ситуация по туберкулёзу в ИУ отражает эпидемиологические закономерности развития этого заболевания в Республике Беларусь [1].

Организация медицинской помощи больным туберкулёзом, находящимся в местах лишения свободы, строится с учётом нормативных требований МЗ и МВД Республики Беларусь. Следственные изоляторы представляют собой своеобразный «фильтр» по выявлению туберкулёза у асоциальных лиц, попавших в поле зрения ИУ. В среднем в год по следственным изоляторам (СИЗО) МВД Республики Беларусь туберкулёз впервые в жизни выявляется у 15,6-21,0% от всех случаев активного туберкулёза, зарегистрированных у содержащихся под стражей. И если раньше важнейшей проблемой в борьбе с этой инфекцией было снижение катастрофически растущей заболеваемости (более 1,0% заболевших в отдельных ИУ Республики Беларусь), то сегодня это уже вопросы мульти-и широкой лекарственной устойчивости (в некоторых случаях – абсолютной), ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, крайне неблагоприятного течения болезни.

Динамика распространения туберкулёзной инфекции в ИУ МВД Республики Беларусь за последние 20 лет не была однородной. Так, в 1991 году зафиксирован самый низкий уровень заболеваемости туберкулёзом среди спецконтингента (СК) – 146,3/100 тыс. СК. С 1996 года началась настоящая эпидемия туберкулёза в местах лишения свободы. Заболеваемость туберкулёзом контингента ИУ в этом году составила 1064/100 тыс. СК (показатель заболеваемости превысил 1,0% от численности СК), а в 1998 году – 1658,0/100 тыс. СК (рост в сравнение с 1991 годом в 11,4 раза). За этот же период (1991-1998 гг.) в МЗ Республики Беларусь отмечен рост только в 1,8 раза. Таким образом, заболеваемость туберкулёзом на то время в ИУ превышала показатель МЗ Республики Беларусь в 30,2 раза.

В чём же проявляются особенности туберкулёза среди содержащихся под стражей и осуждённых на современном

этапе пенитенциарной медицины:

- туберкулёзная инфекция стала «злой», больше поражается мужской и трудоспособный контингент молодого возраста;

- увеличилось число распространённых и остро прогрессирующих форм заболевания: удельный вес остро прогрессирующих форм туберкулёза в структуре смертности СК за 10 лет (1998-2007 гг.) в ИК-12 увеличился с 39,2% до 63,4%; 41,7% больных туберкулёзом, умерших в Оршанской туберкулёзной больнице для осуждённых в 2007 году, не были в ней и 1 месяца;

- отмечен рост заболеваемости туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) – у впервые выявленных больных туберкулёзом МЛУ составляет 71,6%;

- чаще стали встречаться случаи ВИЧ-ассоциированного туберкулёза: за период 2002-2006 гг. число ВИЧ-инфицированного СК возросло в 1,6 раза, а ВИЧ-ассоциированного туберкулёза в 5 раз; почти треть умерших от туберкулёза в ИК-12 г. Орши (27,1%) имели сочетание ВИЧ/туберкулёз, причём, у 53,8% из них регистрировался диссеминированный туберкулёз лёгких;

- стёртость клинических проявлений, затрудняющая своевременность обращения больного к врачу, ухудшает диагностику туберкулёза у СК (в 89,0% случаев выявления туберкулёза оно связано с плановым рентгенобследованим, а не с самостоятельным обращением на приём в медчасть ИУ (11,0%).

Положение усугубляется ещё и тем, что в среднем 10,0-15,0% освободившихся из мест лишения свободы не попадают к месту предполагаемого назначения и прерывают противотуберкулёзное лечение.

Сложившееся положение дел потребовало проведения ряда организационных мер, позволивших круто «переломить» ситуацию в благоприятную сторону. Основными направлениями деятельности медицинских частей ИУ стали:

- своевременная рентгенодиагностика заболеваний лёгких (в первые 1-3 дня после поступления спецконтингента в СИЗО или ИК), «двойное чтение» флюорограмм;

- консультация врачом-фтизиатром всех подозрительных на туберкулёз случаев заболевания;

- качественная лабораторная диагностика туберкулёза, обязательно включающая микроскопию и посевы мокроты пациентов на БК;

- медицинская сортировка больных с разными формами туберкулёза по месту их дальнейшего содержания в ИУ (с учётом первичности или повторности заболевания, бактериовыделения, лекарственной устойчивости), максимальная «локализация» больных туберкулёзом на удалении от общей массы СК, их обслуживание при организации лечения и режимных мероприятий в конце рабочего дня, после оказания медпомощи больным, не страдающим туберкулёзом;

- внедрение стандартизированных, интенсивных, краткосрочных схем химеотерапии (DOTS-стратегия);

- контролируемый приём тубпрепаратов, в том числе химеопрофилактика;

- профилактика формирования лекарственной устойчивости к тубпрепаратам (например, выдача для больных тубпрепаратов как минимум на 10 дней при этапировании за пределы ИУ согласно их схемы лечения);

- преимущество противотуберкулёзного лечения в ИУ с учреждениями МЗ Республики Беларусь;

- жёсткий «инфекционный контроль» распространения туберкулёза в ИУ как профилактика инфицирования спецконтингента и медперсонала;

- дифференцированная химеопрофилактика туберкулёза среди СК;

- санитарно-просветительная работа;

- улучшение материально-технической базы медицинских частей ИУ;

- обеспеченность медчастей ИУ тубпрепаратами в необходимом объёме;

- анализ (в том числе и когортный) выявления и эффективности лечения больных активным туберкулёзом в условиях ИУ ДИН МВД Республики Беларусь.

С принятием и реализацией в 1999 году государственной программы «Туберкулёз» на 2000-2002 гг., в том числе и в ИУ Республики Беларусь по разделу «туберкулёз в тюрьмах», а также государственной программы «Туберкулёз» на 2005-2009 гг. с разделом «Дополнительные противотуберкулёзные мероприятия в учреждениях пенитенциарной системы» наметились существенные положительные сдвиги по туберкулёзу в местах лишения свободы: к 2008 году заболеваемость туберкулёзом снизилась в 5,5 раза, со-

ставив 303,6/100 тыс. СК (в это же время в МЗ Республики Беларусь – 45,3/100 тыс. населения, что уже только в 6,7 раза меньше, чем в ИУ Республики Беларусь); смертность от туберкулёза СК за 10 лет (1998-2008) уменьшилась в ИУ в 2,3 раза и составила 10,5/100 тыс. СК. Этому способствовали и принятые в рамках этих программ Постановления МВД и МЗ Республики Беларусь № 409/61 от 22.12.2005 года «О мерах по повышению эффективности выявления, регистрации, медицинского обследования на туберкулёз и лечения лиц, содержащихся в учреждениях УИС и ЛТП МВД Республики Беларусь, освобождённых из них и без определённого места жительства», «Об утверждении положения о больнице (отделении) для принудительного лечения больных туберкулёзом по решению суда».

В 2007 году показатели эффективности лечения туберкулёзной больницы ИК-12 в сравнении с учреждениями здравоохранения стали выше среднереспубликанских: так, показатель абациллирования составил 92,0-98,7%, закрытия полостей распада – 84,6-93,5%. Применяемые в ИК-12 стандартизированные схемы противотуберкулёзного лечения (DOTS-стратегия) у больных с «малыми» формами туберкулёза к 3-м месяцам лечения приводят к абациллированию у 82,3% больных туберкулёзом, с «большими» формами – у 50,5% за тот же период времени.

В 2009 году заболеваемость туберкулёзом в ИУ ДИН МВД Республики Беларусь и МЗ Республики Беларусь соответственно составила 279,2/100 тыс. СК и 48,8/100 тыс. населения (меньше чем в ИУ в 5,7 раза). Следующая таблица иллюстрирует снижение заболеваемости туберкулёзом в динамике с 2000 по 2009 гг. включительно (в абсолютных числах):

Профилактика заболеваемости туберкулёзом спецконтингента и медицинского персонала сегодня включает общие и индивидуальные мероприятия:

Общие мероприятия касаются организационных мер, самих больных и условий их содержания в СИЗО и ИК. Это:

- наличие полной и объективной информации медперсонала об эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в учреждении, степени профессионального риска заражения и его профилактике;

- регулярное проветривание, кварцевание (экспозиция-

Информация о больных активным туберкулёзом из числа спецконтингента в ИУ «Тюрьма №4»

Показатели	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	За 10 лет
Число больных активным туберкулёзом всего	96	82	71	103	54	67	53	56	57	41	680
из них, выявлен туберкулёз впервые в жизни	55	46	46	50	42	37	20	21	18	11	346
из них, рецидивы туберкулёза всего	22	8	11	23	18	14	20	9	10	4	144
из них, рецидивы туберкулёза на тюремном режиме	4	2	0	3	0	0	0	1	0	1	11
из них, впервые выявленный туберкулёз на тюремном режиме	4	3	4	6	2	0	0	0	0	0	19

не менее 30 минут по туберкулоцидному режиму) и дезинфекция камер, коридоров, кабинетов медчастей;

-ношение защитных масок спецконтингентом как профилактика инфицирования сотрудников микобактерией туберкулёза (проветривание помещений и исправно работающая вентиляция позволит своевременно удалить капельки инфицированной мокроты за пределы рабочего места сотрудника);

-дезинфекция мест нахождения больных, в частности прогулочных дворов, следственных кабинетов;

-термическая обработка сухим жаром белья, предметов личной гигиены, постельных принадлежностей спецконтингента;

-ежемесячное просушивание на солнце матрацов СК (с мая по октябрь включительно, ежегодно);

-нормализация психоэмоционального состояния СК, в том числе, беседы с психологом, «переключения» с физической деятельности на умственную (разгадывание кроссвордов, решение логических задач, чтение);

-трудоовое использование у камер с больными активным туберкулёзом наиболее физически крепких и психологически устойчивых сотрудников, желательна регулярная смена сотрудников вблизи этих камер с уменьшением времени их общения с инфицированным спецконтингентом;

-применение для обработки поверхностей новых, современных дезинфекционных средств, обладающих туберкулоцидным эффектом (полидез, жавель-солид, комби и др.);

-обязательное наличие «диагностической» камеры в следственных изоляторах, куда изначально изолируются лица при любом упоминании о ранее перенесённом туберкулёзе, контактах с больными активным туберкулёзом, которые обследуются в кратчайшие сроки (1-2 дня) рентгенологически и лабораторно;

-расположение камер с больными активным туберкулёзом в одной части исправительного учреждения (желательно вблизи медчасти, рентген-кабинета, лаборатории), что исключает излишнее перемещение инфицированных лиц и уменьшает возможность заражения;

-разделение камер для содержания больных активным туберкулёзом на категории: впервые выявленный, туберкулёз (с бацилловыделением и без такового), рецидивы туберкулёза (с бацилловыделением и без него), туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью (подлежащие лечению и нуждающиеся в паллиативной помощи). Последняя группа больных крайне опасна и требует повышенного внимания в плане профилактики заражения ввиду безперспективности лечения;

-ограничение перемещения столовой посуды больных активным туберкулёзом пределами камеры, ежедневное предоставление им дезсредств и прокипячёной воды для её санитарной обработки;

-проведение бытовых и медицинских мероприятий с больными активным туберкулёзом лёгких в **«последнюю очередь»**, с МЛУ – после проведения мероприятий больным активным туберкулёзом без МЛУ (приём больных, медицинские манипуляции, помывка в бане, вывод на прогулку и др.) с целью предотвращения инфицирования остальной части спецконтингента и последующей обработки помещений дезсредствами и кварцеванием.

Индивидуальные мероприятия включают:

-наличие постоянной *противотуберкулёзной насторо-*

женности (любой кашляющий, температурающий, похудевший человек должен рассматриваться как потенциальный больной туберкулёзом; опасны лица, ранее перенесшие туберкулёз или бывшие в контакте с больным активным туберкулёзом за последние 6-12 месяцев);

-«безопасное» поведение в общении со спецконтингентом, имеющим признаки заболеваний органов дыхания и относящимся к группе «риска» по туберкулёзу (при разговоре с ним желательна дистанция в 1,5-2,0 метра, при беседе на близком расстоянии – обязателен поворот головы кашляющего в сторону от собеседника, в идеале – наличие у него на лице одноразовой защитной маски);

-соблюдение *индивидуальных мер защиты* (ношение маски, а лучше-респиратора при общении с бациллярным больным, строгое соблюдение личной гигиены, использование перчаток при обысках, обработка рук дезсредством в случаях возможного заражения);

-максимальное *сокращение времени общения* с больными активным туберкулёзом до минимально необходимого для выполнения служебных обязанностей по поддержанию установленного порядка;

-регулярное плановое *рентген-обследование лёгких*, экстренное – при появлении возможных признаков туберкулёза и соответствующей предистории (простудные явления, контакт с больными туберкулёзом, кашель 2-3 недели и т.д.), предшествующей ухудшению состояния;

-использование *рециркуляторов воздуха* для его обеззараживания, особенно после посещения рабочего кабинета больным активным туберкулёзом;

-*вакцинопрофилактика* (вырабатывается приобретённый иммунитет, который препятствует развитию туберкулёза либо протеканию заболевания в более лёгкой форме; прививки повторяются через каждые 6-7 лет до достижения тридцатилетнего возраста);

-*рациональное питание* (регулярное, горячее питание, когда пища содержит достаточное количество белков, которых много в мясных, бобовые и молочных продуктах; включает продукты с богатым содержанием витаминов и микроэлементов-овощи и фрукты). Уместно применение поливитаминных комплексов в сочетании с минеральными соединениями: дуовит, олиговит, дуокапс;

-сотрудникам вне работы полезно *времяпровождение на свежем воздухе* (особенно хорош воздух соснового бора, содержащий природные фитонциды и обладающий губительным воздействием на микобактерию туберкулёза);

-*здоровый образ жизни* и полноценный отдых, как факторы оздоровления, уменьшающие возможность развития туберкулёза;

-*избегание переохлаждений*, закаливание (укрепляет защитные силы организма и способность противостоять туберкулёзной инфекции);

-*отказ от курения* (бронхиальное «дерево» обладает барьерной функцией, способствует выведению с мокротой и слизью бактерий, частичек пыли, что нарушается при курении и увеличивает риск возникновения туберкулёза лёгких);

-*регулирование режима труда и отдыха*, отказ от вредных привычек;

-*избегание стрессовых ситуаций*, усвоение простейших приёмов снятия последствий стресса;

-*повышение работы иммунной системы* и устойчивос-

ти организма к действию инфекционных факторов, улучшение обменных процессов в организме (достигается приёмом в весенне-осенний период курсов адаптогенов, по 20-25 дней каждого месяца).

Вместе с тем, проводимые диагностические и лечебно-профилактические мероприятия не снимают всех нерешённых вопросов в плане оказания противотуберкулёзной помощи спецконтингенту. На сегодняшний день существует ряд проблем, требующих разрешения [2]:

1. Правомерность применения пробы Манту, вакцинации БЦЖ, химеопрофилактики лицам с 3 ГДУ в ИУ с учётом современных представлений о туберкулёзной инфекции и путях её распространения.

2. Продолжение лечения СК с МЛУ, например, когда срок лечения ещё не окончен, а срок лишения свободы уже завершён.

3. Своевременное и полное обеспечение следственных изоляторов тубпрепаратами резервной группы для лечения туберкулёза лёгких с МЛУ и ШЛУ (множественной и широкой лекарственной устойчивостью).

4. Пополнение контингентов больных с МЛУ к микобактерии туберкулёза из числа гражданского населения в противотуберкулёзных стационарах МЗ Республики Беларусь «неуправляемым» пенитенциарным контингентом (I-II ГДУ) при реализации амнистий, чаще требующим принудительных мер воздействия медицинского характера.

Принудительное лечение больных туберкулёзом определяется Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» ч. 1 ст. 46: Лица, имеющие заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, в случае уклонения от лечения могут быть подвергнуты принудительной госпитализации и лечению в государственных организациях здравоохранения в порядке и на условиях, определяемых законодательством Республики Беларусь.

Принудительная форма лечения туберкулёза в Республике Беларусь разработана и внедрена в практику в соответствии с постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 30.12.1998 года № 2012 «Об утверждении Положения о порядке принудительного медицинского освидетельствования граждан, в отношении которых имеются достаточные основания считать, что они имеют венерические заболевания или больны туберкулёзом с бактериовыделением, и их принудительной госпитализации и лечению» и приказом МЗ Республики Беларусь № 32 от 28.01.1999 г. «О порядке принудительного медицинского освидетельствования и лечения больных туберкулёзом, уклоняющихся от лечения». Цель этих нормативных актов – изолировать и лечить от туберкулёза злостных бацилловыделителей.

Почему возник вопрос о принудительном лечении туберкулёза? 1. В 1998 году заболеваемость достигла 54,9/100 тыс. населения, показатель абациллирования снизился до 75,1%, закрытия полостей распада – до 72,0%. 2. Неблагоприятная социальная структура туббольных: 30,1%-безработные, 17,7%-зависимые от алкоголя, 2,1%-ВИЧ-инфицированные, 2,4%-освободившиеся из ИУ. Всего: 52,3%. 10,0-15,0% туббольных – это БОМ-Жи, алкоголики, наркоманы. 3. Ухудшилось отношение туббольных к лечению: 1/3 госпитализированных ежегодно выписывалась за нарушения правил внутреннего

порядка лечебного учреждения, 75,8% нерегулярно принимали ПТП, 26,4% не заканчивали интенсивную фазу химеотерапии, 3,7% самовольно прерывали начатое лечение.

Бактериовыделители не должны покидать туберкулёзный стационар до абациллирования. Приказ МЗ Республики Беларусь № 473 от 08.06.2006 года «О некоторых мерах по совершенствованию организации и качества оказания медицинской помощи больным туберкулёзом» запрещает выписку из стационара бацилловыделителей за нарушение больничного режима. На нарушителей тут же в стационаре следует оформлять документы в суд и переводить на принудление туберкулёза. Его эффективность выше, чем при обычном режиме стационара, так как противотуберкулёзное лечение дополняется хорошим воспитательным эффектом на больного.

5. Необходимость повсеместного улучшения качества лабораторной диагностики туберкулёза в ИУ (хотя, выявляемость МБТ в ИК-12 Оршанской противотуберкулёзной больницы для осуждённых с впервые выявленным туберкулёзом посредством микроскопии 20,0%, бактериологии – посевом 53,4%, в МЗ Республики Беларусь соответственно – 25,0% и 44,9%). При рецидивах туберкулёза в ИУ выявляемость составляет посредством микроскопии 29,7%, посева-70,3%.

6. Отсутствие единой электронной базы учёта больных активным и неактивным туберкулёзом из числа СК ДИН МВД Республики Беларусь.

7. Низкая обеспеченность качественными респираторами медперсонала СИЗО и ИК, что ставит под угрозу профессиональную защищённость от туберкулёза работников ИУ.

Анализ структуры профессиональной заболеваемости населения свидетельствует, что число заболеваний органов дыхания, связанных с профессиональной деятельностью, составляет 40,0% от всех выявленных случаев. При этом доля туберкулёза в группе лёгочной патологии составляет 13,4%, что соответствует 4-му месту по распространённости, после бронхиальной астмы – 30,5%, бронхита – 24,8% и пневмокониоза – 18,9% [3,4]. Среди всех профзаболеваний туберкулёз медработников занимает 1 место (74,0%) от всех профессиональных болезней. Медработники составляют 2,0% от всех впервые выявленных больных туберкулёзом [3,4].

8. Малая торакальная хирургическая активность в отношении больных туберкулёзом мест лишения свободы, когда консервативная терапия не даёт эффекта, а больной (с учётом характера туберкулёза, личностных особенностей, социального статуса) представляет опасность для окружающих.

9. Определение мест отбывания наказания для осуждённых с абсолютной лекарственной устойчивостью, дальнейшая тактика их ведения после освобождения.

10. ВИЧ-ассоциированный туберкулёз как комплексная проблема фтизиатров, инфекционистов и пенитенциарного медперсонала.

Ежегодная вероятность ВИЧ-инфицированного заболеть туберкулёзом составляет 10,0%, в то же время среди общей населения вероятность человека заболеть туберкулёзом составляет менее 10,0% на протяжении всей жизни. Каждый 6-й ВИЧ-инфицированный в Республике

Беларусь находится в ИУ. В ИУ ДИН МВД Республики Беларусь туберкулёз у ВИЧ-инфицированных осуждённых встречается в 2,9 раза чаще, чем у всего СК Республики Беларусь. За период с 2002-2006 гг. число ВИЧ-инфицированных выросло в 1,6 раза, а число ВИЧ-ассоциированного туберкулёза - в 5 раз.

Туберкулёз лёгких и его осложнения как причина смертей лиц с ВИЧ/СПИД в ИУ стоит на 1-м месте.

В ИК-12 за период 2002-2006 гг. на 60,0% отмечено увеличение ВИЧ-ассоциированного туберкулёза. У 65,0% ВИЧ-инфицированных с впервые выявленным туберкулёзом в ИУ регистрируется лекарственная устойчивость к препаратам 1 ряда (множественная лекарственная устойчивость – 63,6% и полирезистентность – 36,4%). Кроме того, у ВИЧ-инфицированных ИУ имеет место низкая эффективность лечения туберкулёза – только у 65,0% наступает абациллирование, только у 41,7% закрываются полости распада.

Работа в исправительном учреждении проверяет на прочность механизмы адаптации сотрудников и спецконтингента к комплексу неблагоприятных факторов несения службы, что в условиях недостаточной иммунорезистентности к непривычным условиям работы и быта может привести к профессиональному заражению туберкулёзом. Знание основных подходов к профилактике заражения этой инфекцией в местах лишения свободы может избежать заражения микобактерией туберкулё-

за, создаст предпосылки для снижения распространения этой коварной инфекции в исправительных учреждениях ДИН МВД Республики Беларусь и за их пределами. Актуальность борьбы с туберкулёзом в местах лишения свободы с течением времени не только не уменьшается, а становится всё более острой, требующей применения неотложных мер по контролю за складывающейся в ИУ ситуацией.

Литература

1. Итоги работы фтизиатрической службы Республики Беларусь и пути оптимизации противотуберкулёзной помощи населению. Г.Л. Гуревич с соавт. // ГУ «НИИ пульмонологии и фтизиатрии МЗ Республики Беларусь», Материалы VII съезда фтизиатров Республики Беларусь, Минск, 22-23 мая 2008 года, С. 4.

2. Проблемы современного туберкулёза в морфологическом освещении / Суркова Л.К., Дюньмикеева М.И. // Актуальные проблемы пенитенциарной медицины: Материалы международной научно-практической конференции – Мн., 2001. – С. 101-102.

3. Профессиональные заражения органов дыхания / Зеньков Л.Н. // УО «Гродненский государственный медицинский университет», Материалы VII съезда фтизиатров Республики Беларусь, Минск, 22-23 мая 2008 года, С. 554.

4. Профилактика профессионального туберкулёза у медицинских работников. С.Б. Вольф, Л.Н. Зеньков // УО «Гродненский государственный медицинский университет», Материалы VII съезда фтизиатров Республики Беларусь, Минск, 22-23 мая 2008 года, С. 124.

Поступила 26.05.2011 г.