

Клинические рекомендации. *Кардиол. вестн.* 2015; (1): 3–30. [Chazov I.E., Oshchepkova E.V., Zhernakova Yu.V. Diagnosis and treatment of arterial hypertension. Clinical guidelines. *Kardiologicheskiy vestnik.* 2015; (1): 3–30. (In Russ.)]

5. Покровский В.М., Коротко Г.Ф. *Физиология человека.* М.: Медицина. 2003; 656 с. [Pokrovskiy V.M., Korot'ko G.F. *Fiziologiya cheloveka.* (Human physiology.) Moscow: Meditsina. 2003; 656 p. (In Russ.)]

6. Дедов И.И., Насонова В.А., Саркисов Д.С. и др. *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр.* М.: Медицина. 1995; 170 с. [Dedov I.I., Nasonova V.A., Sarkisov D.S. et al. *Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya bolezney i problem, svyazannykh so zdorov'em. 10-yu peresmotr.* (International statistical classification of diseases and problems related to health. Tenth revision.) Moscow: Meditsina. 1995; 170 p. (In Russ.)]

7. Ослопов В.Н., Богоявленская О.В. *Общий уход за больными в терапевтической клинике.* Учебное пособие. СПб.: Питер. 2009; 464 с. [Osloпов V.N., Bogoyavlenskaya O.V. *Obshchiy ukhod za bol'nymi v terapevticheskoy klinike.* Uchebnoye posobie. (The general care of patients in therapeutic clinic. Study guide.) Saint Petersburg: Piter. 2009; 464 p. (In Russ.)]

8. Коновалов О.Е., Толь Я.В., Сычёв М.А. Современные тенденции заболеваемости работников бюджетной сферы (обзор литературы). *Рос. мед.-биол.*

вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2010; (3): 163–167. [Konovalov O.E., Tol' Ya.V., Sychev M.A. Modern lines of disease of workers of budgetary sphere (the literature review). *Rossiyskiy mediko-biologicheskiy vestnik im. akademika I.P. Pavlova.* 2010; (3): 163–167. (In Russ.)]

9. Момот Д.А., Бахмудов Г.Г., Рахманов Р.С., Гаджибрагимов Д.А. Физическое развитие взрослого населения как критерий донозологической диагностики здоровья. *Бюлл. ВСНЦ СО РАМН.* 2010; (4): 199–202. [Momot D.A., Bakhmudov G.G., Rakhmanov R.S., Gadzhibragimov D.A. Physical development of adult population as a criteria of prenosological diagnostics. *Byulleten' VSNTs SO RAMN.* 2010; (4): 199–202. (In Russ.)]

10. Пачганова С.С., Юренко Ю.В., Манюгина Е.В., Пачганова О.Г. Состояние здоровья населения г. Ханты-Мансийска по результатам диспансеризации определённых групп взрослого населения. *Здравоохранение Югры: опыт и инновации.* 2016; (4): 33–36. [Pachganova S.S., Yurenko Yu.V., Manyugina E.V., Pachganova O.G. Health state of the population of Khanty-Mansiysk according to the results of dispensarization of definite adult population groups. *Zdravookhranenie Yugry: opyt i innovatsii.* 2016; (4): 33–36. (In Russ.)]

11. Швецов А.Г., Швецов Д.А. Оценка физического здоровья взрослого населения. *Здравоохр. РФ.* 2012; (5): 54–56. [Shvetsov A.G., Shvetsov D.A. The evaluation of physical health of adult population. *Zdravookhranenie RF.* 2012; (5): 54–56. (In Russ.)]

УДК 616-036.86

© 2018 Садыхзаде Л.Н., Агаева К.Ф.

Межрайонные различия уровня и структуры причин первичной инвалидности населения в сельских районах Азербайджана

Лала Намик кызы Садыхзаде¹, Камалия Фазиль кызы Агаева^{2*}

¹Бакинский филиал Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, г. Баку, Азербайджан;

²Азербайджанский институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, г. Баку, Азербайджан

Реферат

DOI: 10.17816/KMJ2018-121

Цель. Оценка различий уровня первичной инвалидности населения сельских районов Азербайджана за 2014 г., а также структуры её причин.

Методы. Исследования проведены в пяти административных районах республиканского подчинения в Азербайджане (Абшерон, Шеки, Гах, Исмаиллы, Агдаш). Выбор этих районов обусловлен тем, что они Министерством здравоохранения Азербайджанской Республики были включены в группы пилотных районов для апробации стратегии реформирования сельской здравоохранения. Статистическая обработка проведена методом анализа качественных признаков, определяли среднюю ошибку и 95% доверительный интервал показателей (при $t=1,96$). Корреляционную связь между показателями районов изучали методами Пирсона и Спирмена. Межрайонное различие показателей оценивали критерием χ^2 с применением поправки Йейтса.

Результаты. Изучен уровень первичной инвалидности (на 10 тыс. населения). Максимальный и минимальный уровень первичной инвалидности детей отмечен соответственно в Исмаиллинском и Гахском районах ($74,5 \pm 6,2$ и $28,5 \pm 5,1$ в расчёте на 10 тыс. детей до 14 лет). По сравнению с Гахским районом статистически значимо высокий уровень ($p \leq 0,05$) первичной инвалидности детей до 14 лет был зарегистрирован в Шекинском, Исмаиллинском и Агдашском районах. Применение корреляционного анализа методом Пирсона позволило выявить статистически значимую связь только между уровнем первичной инвалидности взрослого населения и показателем обеспеченности населения врачами ($r=0,96$; $t=5,9$), а также уровнем младенческой смертности ($r=0,86$; $t=2,9$).

Вывод. Межрайонное различие более выражено по уровню первичной инвалидности как среди детского, так и среди взрослого населения при сходности структуры нозологических причин инвалидности; уровень первичной инвалидности взрослого населения имеет статистически значимую связь с показателями социально-экономической характеристики районов.

Ключевые слова: различия, первичная инвалидность, уровень и структура.

Inter-regional differences in the rate and structure of the causes of primary disability among the population of rural areas of Azerbaijan

L.N. Sadykhzade¹, K.F. Agaeva²

¹Baku branch of I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Baku, Azerbaijan;

²Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliyev, Baku, Azerbaijan

Aim. Evaluation of the differences in the rate of primary disability among the population of rural areas of Azerbaijan in 2014, as well as the structure of its causes.

Methods. The study was conducted in five administrative regions of republican subordination in Azerbaijan (Absheron, Sheki, Gakh, Ismayilli, Agdash). The choice was based on that by the Ministry of Healthcare of Azerbaijan Republic they were included in the groups of pilot regions for approbation of reforming strategy for rural healthcare system. Statistical processing of data was performed with the use of analysis of qualitative signs, mean error and 95% confidence intervals were determined ($t=1.96$). Correlation between regional data was evaluated by Pearson and Spearman method. Interregional differences of parameters were assessed by χ^2 criteria using Yates's correction.

Results. Primary disability rate was studied (per 10 000 population). Maximal and minimum rates of primary disability among children were found in Ismayilli and Gakh regions, respectively (74.5 ± 6.2 and 28.5 ± 5.1 per 10 000 children below 14 years of age). In comparison with Gakh region, significantly higher rate ($p \leq 0.05$) of primary disability among children younger than 14 years was registered in Sheki, Ismayilli and Agdash regions. Use of correlation analysis by Pearson method allowed determining statistically significant correlation only between the rate of primary disability among adults and physician supply ($r=0.96$; $t=5.9$), and also infant mortality rate ($r=0.86$; $t=2.9$).

Conclusion. Interregional differences are more pronounced in the rate of primary disability both among children and adult population with similar nosological structure of causes of disability; primary disability rate among adults has a significant correlation with social and economic characteristics of the regions.

Keywords: differences, primary disability, rate and structure.

Инвалидность как тяжёлая медико-социальная проблема заслуживает внимания во всех странах мира [1–7], её экономические, медицинские и социально-психологические последствия более остро ощущаются в развивающихся странах [8, 9].

Распространённость инвалидности различается не только по разным странам, но и внутри стран. В Архангельской области (в отличие от страны) инвалидность увеличилась более интенсивными темпами, выявлена чётко выраженная гендерная её особенность в зависимости от места жительства [3]. Зависимость риска инвалидности от возраста, пола, социально-экономического состояния, а также от этнической характеристики популяции, подтверждена в работах многих исследователей [1–7]. Факторы риска инвалидности в основном имеют чётко выраженные региональные особенности. По этой причине наряду с анализом инвалидности в глобальном масштабе необходимо выявление её особенностей в городах и районах.

Цель исследования — оценка различий уровня первичной инвалидности населения сельских районов Азербайджана за 2014 г., а также структуры её причин.

Исследование проведено в пяти административных районах республиканского

подчинения в Азербайджане (Абшерон, Шеки, Гах, Исмаиллы, Агдаш). Выбор этих районов обусловлен тем, что они были включены Министерством здравоохранения Азербайджанской Республики в группы пилотных районов для апробации стратегии реформирования сельского здравоохранения.

Эти районы отличаются друг от друга по обеспеченности населения ресурсами здравоохранения и уровню демографических показателей. Основные социально-экономические характеристики районов приведены в табл. 1. Единицей статистического наблюдения в соответствии с целью исследования был случай первичного освидетельствования с определением группы инвалидности в течение полного календарного года (2014).

Примечание: источник — <http://www.stat.gov.az>; в скобках приведены ранги районов по величине сравниваемых показателей.

Общая совокупность, собранная сплошным охватом, включала детей и взрослых: соответственно 182 и 643 в Абшеронском, 181 и 957 в Шекинском, 39 и 305 в Гахском, 163 и 265 в Исмаиллинском, 173 и 314 в Агдашском районах. Определилась частота первичной инвалидности (на 10 тыс. лиц соответствующих возрастов) для детского

Таблица 1. Основные социально-экономические характеристики районов за 2014 г.

Показатель	Район				
	Абшерон	Шеки	Гах	Исмаиллы	Агдам
Количество врачей на 10 тыс. населения	14,3 (3)	19,6 (4)	23,0 (5)	14,2 (2)	13,7 (1)
Количество коек на 10 тыс. населения	7,9 (1)	37,1 (5)	36,2 (4)	28,0 (2)	35,1 (3)
Номинальная среднемесячная зарплата	353 (5)	250 (3)	234 (1)	261 (4)	241 (2)
Рождаемость, ‰	13,2 (1)	17,9 (4)	16,4 (2)	18,4 (5)	16,6 (3)
Смертность, ‰	4,0 (1)	6,9 (3)	7,9 (5)	7,3 (4)	6,8 (2)
Младенческая смертность, ‰	5,7 (1)	8,9 (4)	11,1 (5)	6,9 (2)	7,8 (3)

Примечание: источник — <http://www.stat.gov.az>; в скобках приведены ранги районов по величине сравниваемых показателей.

Таблица 2. Уровень первичной инвалидности в районах республиканского подчинения (на 10 тыс. населения)

Районы	Возрастные группы, годы					
	0–13	14–17	0–17	18–29	30+	18+
Абшерон	34,1±2,9 (2)	28,5±4,3● p=0,001 (5)	32,6±2,4 (2,5)	22,5±2,4 (1)	51,4±2,2 (1)	43,7±1,7 (2)
Шеки	42,9±3,3● p=0,025 (3)	6,0±2,1 (1)	32,6±2,4 (2,5)	29,0±2,9 (4)	92,0±3,1● p=0,001 (4)	75,1±2,4● p=0,001 (4)
Гах	28,5±5,1 (1)	18,7±6,6 (2)	25,7±4,1 (1)	32,6±5,5 (5)	92,2±5,6● p=0,001 (5)	76,3±4,3● p=0,001 (5)
Исмаиллы	74,5±6,2● p=0,01 (5)	27,9±6,4● p=0,01 (4)	62,4±4,9● p=0,001 (5)	28,9±4,2 (3)	52,5±3,5 (3)	45,8±2,8 (3)
Агдам	60,2±4,9● p=0,01 (4)	27,5±5,6● p=0,01 (3)	51,6±3,9● p=0,002 (4)	22,8±3,4 (2)	51,5±3,1 (2)	43,6±2,5 (1)

Примечание: ●статистическая значимость различий; в скобках указаны ранги районов по величине показателей.

населения (в том числе в возрасте 0–13 и 14–17 лет) и взрослого населения (в том числе в возрасте 18–29, 30 лет и старше).

Статистическая обработка проведена методом анализа качественных признаков, определяли среднюю ошибку и 95% доверительный интервал показателей (при $t=1,96$). Для доказательства степени тесноты связи риска инвалидности с показателями социально-экономической характеристики применяли корреляционный анализ методами Пирсона и Спирмена. Межрайонное различие показателей оценивали критерием χ^2 с применением поправки Йейтса. Критическое значение этого критерия определяли по соответ-

ствующей таблице при уровне значимости 0,05 [10].

Уровень первичной инвалидности приведён в табл. 2. Максимальный и минимальный уровень первичной инвалидности детей (0–13 лет) отмечен соответственно в Исмаиллинском и Гахском районах (74,5±6,2 и 28,5±5,1 в расчёте на 10 тыс. детей до 14 лет). По сравнению с Гахским районом статистически значимо высокий уровень ($p \leq 0,05$) первичной инвалидности детей до 14 лет был в Шекинском, Исмаиллинском и Агдашском районах. Ранги районов по величине первичной инвалидности детей в возрасте до 14 лет не имеют существенной корреляционной зависимости от

Таблица 3. Коэффициент корреляции Пирсона между уровнями инвалидности и показателями социально-экономической характеристики районов

Показатели социально-экономической характеристики	Первичная инвалидность по возрастным группам		
	0–13 лет	14–17 лет	18 лет и старше
Обеспеченность врачами	–0,71	–0,71	0,96●
Обеспеченность койками	0,17	–0,54	0,59
Среднемесячная зарплата	–0,25	0,39	–0,50
Рождаемость	0,61	–0,41	0,28
Смертность	0,18	–0,38	0,57
Младенческая смертность	–0,43	–0,58	0,86●

Примечание: ●корреляция статистически значима ($t \geq 2,0$).

их рангов по показателям социально-экономической характеристики (коэффициент ранговой корреляции Спирмена $\leq 0,76$ при его критическом значении 1,0 и уровне значимости 0,05).

Межрайонное различие существенно также по уровню первичной инвалидности среди детей подросткового возраста (14–17 лет), наименьшая и наибольшая величина показателя составляла соответственно $6,0 \pm 2,1$ и $28,5 \pm 4,3$ в расчёте на 10 тыс. детей подросткового возраста ($p=0,01$). Ранги районов по величине этого показателя также не имеют существенной корреляционной зависимости от рангов районов по социально-экономическим характеристикам (коэффициент ранговой корреляции Спирмена $\leq 0,7$).

В трёх районах (Абшерон, Шеки и Гах) уровень первичной инвалидности детей в возрасте до 18 лет существенно не различался, но был ощутимо ниже, чем в Исмаиллинском и Агдашском районах. Коэффициент корреляции между рангами районов по величине уровня первичной инвалидности детей до 17 лет и номинального среднемесячного размера зарплаты составлял 0,86 (критическое значение 1,0 при $p=0,05$).

В возрасте 18–29 лет уровень первичной инвалидности в сравниваемых районах существенно не отличается друг от друга. После 29 лет уровень первичной инвалидности в разных районах существенно различается (см. табл. 2). При этом между рангами районов по уровню первичной инвалидности и показателей социально-экономической характеристики коэффициент корреляции Спирмена приближается к критической величине (1,0) при значимости 0,05 (составляет 0,94–0,96).

Применение корреляционного анализа методом Пирсона (табл. 3) позволило

выявить статистически значимую связь только между уровнем первичной инвалидности взрослого населения и показателем обеспеченности населения врачами ($r=0,96$; $t=5,9$), а также уровнем младенческой смертности ($r=0,86$; $t=2,9$).

Таким образом, гипотеза о существенности межрайонных различий уровня первичной инвалидности населения подтверждается.

Данные о нозологической структуре причин первичной инвалидности детского и взрослого населения приведены в табл. 4, они демонстрируют её сходность во всех сравниваемых районах.

В структуре причин первичной детской инвалидности преобладают болезни нервной системы (25,8–31,2%). В структуре причин первичной инвалидности взрослого населения первое место занимают болезни системы кровообращения (22,6–33,1%).

Уровень первичной инвалидности в ряде районов Азербайджана среди детей близок к таковому в Калужской области Российской Федерации [4] до 2009 г. (соответственно 25,7–32,6 и 23,4–30,5 на 10 тыс.). В двух районах из пяти уровень первичной инвалидности существенно больше (51,6–62,4 на 10 тыс.). В структуре причин первичной детской инвалидности в районах Азербайджана преобладают болезни нервной системы ($\geq 25,8\%$), а в Калужской области — врождённые аномалии развития (24,0–31,6%).

Уровень первичной инвалидности взрослого населения в районах Азербайджана (43,6–76,1 на 10 тыс.) близок к таковому в Архангельской области [3] Российской Федерации (59,8–69,3 на 10 тыс.). По структуре причин первичной инвалидности взрослого населения также есть сходство (доля болезни системы кровообращения в районах

Таблица 4. Нозологическая структура причин первичной инвалидности

Районы Причины инвалидности	Абшерон		Шеки		Гяк		Исмаиллы		Агдам	
	дети	взрослые								
Туберкулез	1,1±0,8	3,9±0,8	1,6±0,9	6,0±0,8	—	5,6±1,3	1,2±0,8	5,3±1,4	1,7±1,0	4,1±1,1
Новообразование	—	9,7±1,2	—	11,9±1,2	—	11,2±1,8	—	10,6±1,9	—	12,4±1,9
Болезни эндокринной системы	3,3±1,3	6,5±1,0	3,3±1,3	6,8±0,8	3,2±3,2	5,6±1,3	2,5±1,2	6,8±1,5	3,5±1,4	6,2±1,4
Психические расстройства и расстройства поведения	9,8±2,2	6,9±1,0	13,3±2,5	6,8±0,8	12,9±6,0	5,6±1,3	9,8±2,3	10,6±1,9	10,4±2,3	12,4±1,9
Болезни нервной системы	29,7±3,4	10,1±1,2	26,5±3,3	12,0±1,1	25,8±7,9	13,9±2,0	29,4±3,6	13,6±2,1	31,2±3,5	16,5±2,1
Болезни глаза и его придаточного аппарата	7,4±1,9	9,3±1,1	8,8±2,1	9,1±0,9	8,6±5,0	7,0±1,5	9,8±2,3	5,3±1,4	10,4±2,3	8,3±1,6
Болезни уха и сосцевидного отростка	3,7±1,4	0,8±0,4	4,4±1,5	0,9±0,3	4,3±3,6	0,7±0,4	2,4±1,2	0,7±0,5	3,5±1,4	0,8±0,5
Болезни системы кровообращения	4,2±1,5	23,3±1,7	4,4±1,5	22,6±1,4	4,3±3,6	27,9±2,6	4,9±1,7	29,8±2,8	3,5±1,4	33,1±2,7
Травмы	11,1±2,3	10,1±1,2	13,3±2,5	11,9±1,0	12,9±6,0	11,2±1,8	9,8±2,3	11,9±2,0	6,9±1,9	31,0±1,0
Прочие	29,7±3,4	29,4±1,6	24,4±3,2	12,0±1,1	28,0±8,1	10,3±1,7	30,2±3,6	5,4±1,4	28,9±3,5	3,1±1,0

Азербайджана 23,3–33,1%, в Архангельской области 27,9%). При этом обращает на себя внимание существенность межрайонного различия уровня первичной инвалидности взрослого населения в Азербайджане (43,6±2,5 и 76,3±4,3 на 10 тыс., $p < 0,05$).

Таким образом, есть существенное различие уровня первичной инвалидности среди населения на межрайонном уровне, что обуславливает необходимость усиления медико-социальных мер на местах.

ВЫВОДЫ

1. Межрайонное различие более выражено по уровню первичной инвалидности, как среди детского, так и среди взрослого населения, при сходности структуры нозологических причин инвалидности.

2. Уровень первичной инвалидности взрослого населения имеет статистически значимую связь с показателями социально-экономической характеристики районов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаева К.Ф., Мусабекова Г.Н. Сравнительная оценка динамики заболеваемости и инвалидности детей вследствие психических расстройств. *Ж. неврол. и психиатрии им. С. Корсакова*. 2012; (3): 64–67. [Agaeva K.F., Musabekova G.N. A comparative evaluation of morbidity dynamics and disability due to mental disorders in children. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. Korsakova*. 2012; (3): 64–67. (In Russ.)]

2. Агаева К.Ф., Бахшалиев Н.С., Эйвазов Р.К. Уровень и структура инвалидности по профилям врачебных специальностей амбулаторно-поликлинических учреждений. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2015; (3): 17–21. [Agaeva K.F., Bakhshaliev N.S., Eyvazov R.K. Level and structure of disability on profiles of medical specialties of out-patient and polyclinic institutions. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdavookhranenie*. 2015; (3): 17–21. (In Russ.)]

3. Вязьмин А.М., Бичкаев Я.И., Санников А.Л. и др. Социально-гигиенические аспекты инвалидности и смертности в Архангельской области. *Пробл.*

соц. гигиены, здравоохран. и истории мед. 2010; (2): 6–9. [Vyaz'min A.M., Bichkaev Ya.I., Sannikov A.L. et al. The social hygienic aspects of disability and mortality in Archangelsk region. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2010; (2): 6–9. (In Russ.)]

4. Григорьев Ю.И., Ершов А.В. Первичная инвалидность детского населения Калужской области. *Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории мед.* 2012; (3): 8–11. [Grigor'ev Yu.I., Ershov A.V. The primary disability of children population in Kaluga oblast. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2012; (3): 8–11. (In Russ.)]

5. Долотова Н.В., Филькина О.М., Малышкина А.П., Кудряшова И.Л. Структура инвалидности детей до 4 лет, проживающих на территории Ивановской области, в период с 2005 по 2012 гг. *Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории мед.* 2014; (5): 30–31. [Dolotova N.V., Fil'kina O.M., Mal'yshkina A.P., Kudryashova I.L. The structure of children disability aged from 0 to 4 years residing in the territory of the Ivanovskaia oblast during 2005–2012. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2014; (5): 30–31. (In Russ.)]

6. Егоршина А.П., Полина Н.А. Об экономическом эффекте снижения уровня заболеваемости и инвалидности населения. *Здравоохранение РФ*. 2015; (1): 22–24. [Egorshina A.P., Polina N.A. About the economic effect of reducing the level of morbidity and disability in the population. *Zdavookhranenie RF*. 2015; (1): 22–24. (In Russ.)]

7. Светличная Т.Г., Нестерова И.В. Характеристика медицинской активности семей, воспитывающих детей-инвалидов. *Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории мед.* 2010; (4): 19–22. [Svetlichnaya T.G., Nesterova I.V. The characteristics of medical activities in families fostering disabled children. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2010; (4): 19–22. (In Russ.)]

8. Hairi N., Bulgiba A., Cumming R. et al. Prevalence and correlates of physical disability and functional limitation among community dwelling older people in rural Malaysia, a middle income country. *BMC Public Health*. 2010; 10: 492. DOI: 10.1186/1471-2458-10-492.

9. Marella M., Huq N., Devine A. et al. Prevalence and correlates of disability in Bogra district of Bangladesh using the rapid assessment of disability survey. *BMC Public Health*. 2015; 15: 867. DOI: 10.1186/s12889-015-2202-7.

10. Стентон Г. *Медико-биологическая статистика*. М.: Практика. 1999; 459 с. [Stanton A. Glanz. Primer of biostatistics. 4th ed. McGraw-Hill: New York, NY, USA 1996. 496 p. Russ ed.: Stenton G. *Mediko-biologicheskaya statistika*. Moscow: Praktika. 1999. 459 p.]