

Болезнь и ее социальные последствия объединяются понятием «ситуация болезни» [6], которая отражает изменившиеся условия функционирования больного, психологическую «цену» болезни, степень утраты прежних возможностей личности. При определении классификации ситуации болезни учитывается тяжесть заболевания, степень профессиональных ограничений, вызванных болезнью.

Первая, или начальная, ситуация болезни характеризуется минимальным, часто преходящим влиянием вызывающих ее факторов и означает практически полное сохранение возможностей реализации основных мотивов личности больного.

Вторая, или промежуточная, ситуация вызвана значительным и постоянным влиянием болезни, в том числе ее социальных последствий. Однако здесь ещё возможна компенсация вызывающих ее факторов: ликвидация обострения, уменьшение тяжести заболевания в ходе лечения, устранение социальных трудностей. Ситуация в целом характеризуется тем, что в разной степени затрудняет реализацию основных мотивов личности больного.

Третья (конечная) ситуация болезни характеризуется крайней выраженностью влияний болезни и ее социальных последствий, существенная компенсация которых уже невозможна. Прогрессирующее течение болезни, необходимость госпитализации в стационар, инвалидность делают невозможной реализацию прежде значимых мотивов.

Инвалидизация как нарушение социализации может произойти в каждой из трех ситуаций болезни, однако в первых двух неэффективность социализации в большей степени определяется личностными характеристиками больного. Принцип классификации и смысл, вкладываемый в понятие ситуации болезни, неспецифичны и, по-видимому, имеют универсальное значение в рамках соматической патологии [7].

Феномен социализации относится к социальным явлениям, в ходе которых протекают взаимодействия личности и социального пространства. Социализация является процессом взаимодействия личности и социального пространства через усвоение субъектом определенных знаний, ценностей, установок, ролей, статусных характеристик, действий и функций, присущих социальным группам, социальным институтам, социуму и позволяющих ему (субъекту) активно функционировать в общественных отношениях. Личность существует в системе социальных связей и формируется на различных уровнях (микро- и макро-). Социальные связи личности определяют ее положение в социальном пространстве, степень включения в социальные группы и восприятия социальных норм или отклонений от них [8].

Инвалидность рассматривается нами как способ социализации, возникающий при нарушении способности субъекта к освоению возрастных статусов, невозможности эффективно реагировать на изменение социальной среды из-за нарушения способности к конкуренции и приспособлению [9].

Следует согласиться с М.В. Роммом [10] в том, что одна и та же ситуация оказывает на субъектов различное влияние, которое связано с индивидуальной реакцией на социальную реальность.

Важнейшим элементом адаптивной ситуации являются адаптивные барьеры, которые «отражают систему объективных и субъективных внутренних и внешних факторов, тормозящих адаптацию личности к разнородным адаптивным ситуациям, либо препятствуют ей» [10]. В качестве основных адаптивных барьеров М.В. Ромм указывает возрастной, эмоционально-психологический, мировоззренческий, знаковый, тезаурусный, контрсуггестивный, ситуативный (включающий в себя наибольшее количество переменных, непосредственно влияющих на приспособительные процессы в социуме) [11]. Среди перечисленных в наибольшей степени к возникающим в ходе социализации больных, страдающих ИБС, к адаптивным барьерам относятся: 1) психологический (личностный), 2) ситуативный, связанный, по определению М.В. Ромма, с качественной спецификой адаптирующей социальной среды.

Заключение. Особенностью социализации лиц, страдающих соматической патологией, является существование соматических барьеров, обусловленных ограничением жизнедеятельности вследствие заболевания. Объективные критерии тяжести заболевания, «создавая ту или иную ситуацию болезни, при всем их значении не всегда определяют характер изменения личности больного» [6], качество жизни и эффективность социализации. Прогноз качества жизни при ИБС определяется соматическими и социальными предикторами, однако клинические предикторы не являются облигатными в отдалённом прогнозе качества жизни больных в нетерминальной стадии ИБС.

Библиографический список

1. Мазур Н.А. Внезапная смерть у больных ИБС. М., 1985. 189 с.
2. Мазур Н.А., Сумароков А.Б. Значение различных методов обследования больных ишемической болезнью сердца для определения прогноза жизни: учеб. пособие. М.: ЦОЛИУВ, 1989. 32 с.
3. Либис С.А., Коц Я.И. Показатели качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. 1995. Т. 35, № 11. С. 13–17.
4. Руда М.Я., Зыско А.П. Инфаркт миокарда. М.: Медицина, 1977. 248 с.
5. Руководство по кардиологии/под ред. акад. Е.И. Чазова. М.: Медицина, 2005. Т. 3. 624 с.
7. Орлова М.М. Социально-психологическая адаптация соматических больных и ситуация болезни // Психология системного функционирования личности: матер. Междунар. науч. конф. Саратов: Изд-во СГУ, 2004. С. 223–225.
8. Орлова М.М. Условия формирования изменений личности больных заболеваниями легких: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1982. 20 с.
9. Пространство и время социальных изменений/В.Н. Ярская [и др.]. Саратов: Научная книга, 2004. С. 205–206.
10. Кром И.Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Саратов, 2007. 34 с.
11. Ромм М.В. Адаптация личности в социуме. Новосибирск: Наука, 2002. С. 100–101.

УДК: 616=02–071.1/.6 (091) «312»

Авторское мнение

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ В СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Л.С. Сулковская — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, кандидат медицинских наук; **Н.Ю. Папшицкая** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, кандидат медицинских наук; **Ю.И. Скворцов** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, доктор медицинских наук профессор; **В.Г. Субботина** — ГОУ

ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, кандидат медицинских наук; **Н. В. Екимова** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, кандидат медицинских наук.

CASE HISTORY IN MODERN THERAPY

L. S. Sulkovskaya — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Assistant, Candidate of Medical Science*; **N. Yu. Papshitskaya** — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Assistant Professor, Candidate of Medical Science*; **Yu. I. Skvortsov** — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science*; **V. G. Subbotina** — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Assistant Professor, Candidate of Medical Science*; **N. V. Yekimova** — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Assistant, Candidate of Medical Science*.

Дата поступления — 08.04.2011 г.

Дата принятия в печать — 20.05.2011 г.

Сулковская Л. С., Папшицкая Н. Ю., Скворцов Ю. И., Субботина В. Г., Екимова Н. В. История болезни в современной терапевтической клинике // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 2. С. 429–433.

История болезни была и остается основным документом, позволяющим оценить состояние больного и квалификацию врача. При анализе большого количества историй болезни обнаружены несоответствия между существующими требованиями к их оформлению и фактическим содержанием. Подняты спорные вопросы оценки физикального обследования больного, с которыми сталкивается врач в каждодневной практике. Работа публикуется в дискуссионном плане.

Ключевые слова: дефекты истории болезни, диагностические ошибки, спорные вопросы.

Sulkovskaya L. S., Papshitskaya N. Yu., Skvortsov Yu. I., Subbotina V. G., Yekimova N. V. Case report in the modern therapeutic clinic // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2011. Vol. 7, № 2. P. 429–433.

The article deals with the basic document for evaluation of the patient's condition and doctor's qualification — case history. It is well-known that careful and detailed history and physical examination are the cornerstones of an accurate diagnosis. Analyzing a large amount of case histories differences in registration and factual data were found out. Issues on physical examination and its evaluation have been discussed.

Key words: case history defects, diagnostic errors, issues.

Несмотря на внедрение в клиническую практику современных методов диагностики и лечения, история болезни, как и много лет назад, остается основным документом, позволяющим оценить квалификацию врача, знание патологии, искусство врачевания.

Остановимся на наиболее часто встречающихся недочетах, выявленных при анализе множества историй болезни, включая экспертную оценку, а также на спорных вопросах, возникающих при клиническом обследовании больного.

В последние годы изменились требования к оформлению истории болезни. Начнем с титульного листа. Если раньше профессия больного выносилась на титульный лист, то в настоящее время указываются только должность и место работы. Если больной находится на пенсии, сведения о его профессии следует искать в разделе «Жизненный анамнез». Однако в половине случаев в строке «Трудовой анамнез» фигурирует лишь слово «пенсионер» и ничего больше. Руководители клинических отделений при этом ссылаются на страховые компании, которые запретили выносить на лицевую сторону карты стационарного больного сведения о его профессии.

С введением в практику профильных отделений стало очень трудно по истории болезни составить представление о проявлениях сопутствующих, а порой и конкурирующих заболеваний. В большинстве изученных документов содержатся только упоминания о них, особенности же их течения не отражены. В подавляющем большинстве случаев анамнез заболевания представляет собой формальное перечисление фактов и событий. Не отражены первые и последующие субъективные проявления болезни, особенности ее течения у данного больного. Приведем типичный анамнез основного заболевания

(кардиологическое отделение, авторское описание): «Считает себя больным с 2000 г., когда перенес первый инфаркт миокарда. В дальнейшем лечился в различных стационарах города по поводу ИБС. Второй инфаркт миокарда перенес в 2006 г. Страдает артериальной гипертензией с 2002 г. с максимальным подъемом АД до 200 мм рт. ст. Последнее ухудшение в течение двух суток: на фоне колебаний артериальной давления участились приступы стенокардии, в связи с чем доставлен в больницу».

В разделе «Anamnesis vitae» мы не находим, как правило, сведений о трудовом маршруте, условиях труда, образе жизни, пищевых предпочтениях и других обязательных в прошлом составляющих этой части истории болезни. В связи с этим не полностью отражаются факторы риска заболевания.

Обращает на себя внимание описание жалоб больного. В этом разделе мы не нашли необходимой детализации болевого синдрома, особенно у «коронарных» больных, характеристики одышки, удушья, кашля и других важных жалоб. А ведь искусство беседы с больным, анализ его субъективных ощущений были и остаются крайне актуальными. Они позволяют в относительно короткое время без применения современных дорогостоящих методов обследования правильно выстроить линию рационального диагностического поиска. Искусство профессионального общения с больным обычно доступно клиницисту с практическим опытом, обеспечивающим ему качества интуитивного психолога. Многие молодые доктора не всегда считают нужным тратить время на доверительную беседу с пациентом. Но успех на профессиональном медицинском поприще определяется не столько уровнем специальных знаний, сколько личностными качествами медика, в частности способностью к доверительным взаимоотношениям с пациентом, умением вселить уверенность в успешном исходе лечения и множеством других характерологических особенностей врача.

Ответственный автор — Скворцов Юрий Иванович.
Адрес: 410028, г. Саратов, ул. Чернышевского, 141.
Тел.: 20-58-25.
E-mail: ekimova 82@inbox.ru

В разделе «Anamnesis vitae» отсутствуют сведения о перемене места жительства, о пищевых склонностях и предпочтениях, а ведь раньше они были обязательными, позволяли своевременно выявить не только факторы риска, но и различные заболевания. В нашей клинике помнят 43-летнюю учительницу И., поступившую весной 1997 года, которая около 29 лет прожила в Западной Сибири и переехала в другой климатический пояс по месту службы мужа-офицера. Она была доставлена в стационар «скорой помощью» в связи с желтухой. В процессе обследования были отвергнуты желчекаменная болезнь, инфекционная патология печени — вирусный гепатит, при этом выяснено, что ее любимым блюдом была рыба, которую она подвергала тепловой обработке не более 5 минут. Зная, что все реки Западной Сибири заражены описторхозом, больной было проведено дуоденальное зондирование, при исследовании желчи были обнаружены описторхии. Этиологическое лечение дало положительный результат.

В нашей стране с оценки общего состояния начинается раздел «Status praesens universalis» любой истории болезни и амбулаторной карты. Правильная оценка общего состояния — важная составляющая объективного заключения врача. Она во многом определяет врачебную тактику по лечению, характеру наблюдения, необходима при оказании неотложной помощи [1, 2]. Российская школа клиницистов всегда придавала определению общего состояния решающее значение. Однако четкие критерии определения общего состояния отсутствуют как в практическом здравоохранении, так и в разделах преподавания внутренних болезней. Зачастую в учебниках последних лет по терапии оценка общего состояния не включена в описание исследования больного или ей посвящена одна строка текста без разъяснения способа определения [3–7].

Такой подход обусловлен, с одной стороны, размытостью критериев оценки общего состояния больного, с другой — приверженностью отдельных докторов к доказательной медицине [8–10], который мы без обиняков можем назвать «технократическим» подходом. Объяснимся. Несомненно, оценка общего состояния должна включать в себя и возможный прогноз исхода болезни конкретного пациента, который не может быть сегодня, к сожалению, измерен с помощью математического аппарата. А как быть с пациентами психиатрической клиники? Особенности диагностических процессов в психиатрии и в клинике пограничных состояний является отсутствие лабораторных методов подтверждения диагноза. Но вернемся в клинику внутренних болезней. В случаях выраженного болевого синдрома у больных с ишемической болезнью сердца при отсутствии сдвигов со стороны физикальных, инструментальных, лабораторных показателей вряд ли можно сделать заключение об удовлетворительном общем состоянии, не учитывая прогноз. Однако во многих историях болезни такое заключение было у больных с нестабильной стенокардией и даже при инфаркте миокарда в остром периоде (при нормальных гемодинамических показателях). Кроме того, обращает на себя внимание разный подход врачей к оценке общего состояния одного и того же больного при наблюдении за ним с интервалом в один — три часа при отсутствии динамики субъективных, физикальных, лабораторных данных. Особенно много разночтений обнаружено при разграничении тяжелого и средней степени тяжести состояния больного.

Несмотря на то, что врачевание до сих пор во многом остается искусством, необходима выработка простых единых критериев оценки общего состояния.

При анализе раздела «Status praesens universalis» мы не нашли полного описания качеств лимфатических узлов, типа оволосения, формы распределения подкожно-жировой клетчатки, мышечной, костно-суставной системы.

Мы неоднократно сталкивались с недостаточным вниманием к правильности оценки телосложения пациента. Так, недооценка дисплазии телосложения при патологии эндокринной системы, при синдроме Марфана приводила к поздней диагностике этих состояний и развитию грозных осложнений. Ежегодно к нам поступают больные с синдромом Марфана и марфаноподобными проявлениями с развившимся инфекционным эндокардитом, нередко поздно диагностированным. Последнее поступление больного с нераспознанным синдромом Марфана было в августе 2010 г. Больной М., 25 лет с детства предъявлял жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы, наблюдался «школьным врачом», в последующем, осмотренный врачом военкомата, он был освобожден от службы в армии, в связи с деформацией грудной клетки; работал на тяжелой физической работе, но синдром Марфана (врожденная дисплазия соединительной ткани сердца) у него не был диагностирован. В клинике у него была обнаружена расслаивающаяся аневризма грудного и брюшного отделов аорты на большом протяжении. Больной срочно переведен в кардиохирургический центр, где проведена успешная операция — пластика аорты, (этот случай будет подробно описан в следующем номере журнала).

Анализ раздела «Сердечно-сосудистая система» показал, что в большинстве историй болезни отсутствуют сведения о конфигурации сердца, о границах абсолютной сердечной тупости, сосудистом пучке, верхушечном и сердечном толчках. Не отражены все качества пульса, особенно часто пропускается характеристика синхронности пульса, опускается исследование пульса на нижних конечностях, измерение артериального давления на них. Вследствие этого несвоевременно выявляются болезнь Такаясу, коарктация аорты, облитерирующие процессы периферических артерий. При мерцательной аритмии не указывается дефицит пульса. Удивляет скудное описание данных аускультации сердца: отсутствуют данные о маятникообразном ритме, III тоне, часто встречающемся как у тяжелых больных, так и у молодых людей призывного возраста, об эпицентре сердечных шумов, их иррадиации, тембре, продолжительности, постоянстве или изменчивости, интенсивности, форме, связи с фазами дыхания, аускультации сосудов.

Анализ раздела «Органы дыхания» выявил в большинстве историй болезни отсутствие сведений о форме грудной клетки, характере и типе дыхания, о соотношении длительности вдоха и выдоха, резистентности грудной клетки, голосовом дрожании, границах легких, подвижности нижнего легочного края, полях Кренига, пространстве Траубе, не было характеристики побочных дыхательных шумов. Эти данные до сих пор не утратили своего значения при диагностике бронхолегочных заболеваний.

В распознавании болезней органов пищеварения врачи порой сталкиваются с большими трудностями, нежели при диагностике болезней сердечно-сосудистой системы или системы дыхания. Учитывая технические сложности, дороговизну, трудности вы-

полнения многих гастроэнтерологических инструментальных методов, особенно при тяжелом состоянии больного, полное обследование не всегда возможно, поэтому необходимо владение, знание и правильная оценка методик физикального обследования. Эти знания позволяют хорошо ориентироваться в многочисленной симптоматике заболеваний органов брюшной полости, помогают избежать многих диагностических ошибок, а также ненужных инструментальных и лабораторных исследований. В настоящее время все чаще появляются тревожные данные о неумении поликлинических врачей и даже клинических ординаторов проводить полное физическое обследование больного. Глубокую пальпацию органов брюшной полости методически правильно проводят и отражают документально единичные врачи.

При анализе качества оформления раздела системы мочевого выделения выясняется, что пальпация почек в большинстве случаев не проводится, тем более в вертикальном положении, даже при наличии типичных жалоб пациента. Как правило, определяется только симптом поколачивания области почек, ошибочно обозначаемый как «симптом Пастернацкого». Между тем наша практика показала: при обследовании лиц молодого возраста, а также старшего при сохраненной и пониженной массе тела почки пальпируются достаточно часто и сочетаются с имеющейся у пациента артериальной гипертензией. Можно привести единичные случаи отражения в истории болезни аускультации почечных артерий, и то только в клинических больницах.

Раздел «Нервная система» содержит краткие сведения о наличии или отсутствии параличей и парезов, устойчивости в позе Ромберга.

Последние 20 лет студенты медицинских вузов изучают основы психологии однако, состояние высшей нервной деятельности никак не отражается в терапевтической истории болезни. Между тем исследования последних лет показали наличие тесной связи между многими заболеваниями органов и систем и психоэмоциональными расстройствами [11–18]. Доказана «пусковая» роль психических стрессов в галопировании ИБС, развитии язвенной болезни, тиреотоксикоза, псориаза, экземы и многих других страданий.

Анализ разделов историй болезни свидетельствует порою о недостаточном владении врачами навыками физикального обследования. Обучение практическим навыкам начинается с 3 курса на кафедре пропедевтики внутренних болезней, продолжается на последующих курсах в процессе обучения в ВУЗе, должно совершенствоваться на протяжении всей дальнейшей трудовой деятельности. Считаю необходимым их повторение на более высоком уровне на курсах повышения квалификации в процессе постдипломного обучения.

Данная статья ставит задачей обратить внимание врачей на необходимость более тщательного и детального сбора жалоб, анамнеза, полноценной оценки данных физикального обследования пациента. Мы не призываем загружать истории болезни ненужной информацией, подробно описывать норму. Как показал наш анализ историй болезни, не проводится детальное обследование систем, затронутых патологией. Многие врачи могут привести немало примеров из практики, когда отсутствие правильной методики сбора анамнеза, недостаточное владение искусством клинического осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации были причиной грубых диагностических ошибок. Даже большие опухоли брюшной

полости иногда не были распознаны на амбулаторном этапе наблюдения за больным.

Многие больные предоставляют выписки — данные предыдущего обследования и лечения, лабораторных и инструментальных исследований. В лучшем случае копии этих документов вклеены в карту стационарного больного без их анализа и сопоставления с данными в настоящее время.

В единичных историях болезни мы встретили полноценные эпикризы с проведением дифференциального диагноза.

Анализируя причины некачественного ведения истории болезни, мы пришли к выводу, что чаще всего дело не в недостаточной добросовестности, грамотности, профессионализме врача, а в недостатке времени, в спешке, которая неизбежна в современных условиях работы. Норма нагрузки на врача осталась прежней, но интенсивность работы резко выросла за счет значительного увеличения оборота койки.

Таким образом, по нашим данным, история болезни превратилась в краткую анкету, не отражающую индивидуальность больного, особенности течения заболевания.

В создавшейся ситуации единственным выходом, способным улучшить качество работы с больным, обеспечить должный уровень ведения истории болезни, является уменьшение нагрузки на врача.

В настоящее время в связи с укороченным пребыванием больного на больничной койке и требованиями страховой медицины в терапевтические и кардиологические отделения поступают в день по 12–19 человек. Врач ежедневно принимает и описывает 6–8 больных и столько же выписывает, в предвыходные дни выписка доходит до 11 человек в день. Полноценная работа с больным, в том числе психотерапевтическая, возможна только за счет личного времени врача. Нехватка обученного среднего персонала, отсутствие должности «помощник врача», мизерная зарплата в большинстве лечебных учреждений — все это затрудняет полноценный контакт врача и пациента.

На современном этапе планируется внедрение инновационных дорогостоящих технологий в практическую медицину. Под эти проекты выделены немалые средства. Однако представляется, что воздействие личности врача на больного, создание условий для полноценной работы в клинике не менее важны, чем инновации.

В нашей статье мы ставим острые вопросы, с которыми сталкивается врач в каждодневной практике, и просим врачебное сообщество принять участие в дискуссии на затронутые темы.

Библиографический список

1. Михайлович В. А., Мирошниченко А. Г. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. М. 2005. 407 с.
2. Гринштейн Ю. И. Неотложная помощь в терапии и кардиологии: руководство/под ред. Ю. И. Гринштейн. М., 2007. 224 с.
3. Ивашкин В. Т., Султанов В. К., Драбкина О. М. Пропедевтика внутренних болезней: учеб.-метод. пособие для студ. мед. вузов. 3-е изд. М., 2007. 552 с.
4. Основы семиотики внутренних болезней/А. В. Струтынский, А. П. Баранов, Г. Е. Ройтберг [и др.]. 4-е изд. М. 2007. 298 с.
5. Бейтс Б. Руководство по клиническому обследованию больного/пер. с англ. под ред. А. А. Баранова, И. Н. Денисова, В. Т. Ивашкина [и др.]. М., 2007. 648 с.
6. Калабава Ж. Д., Моисеев В. С. Пропедевтика внутренних болезней: ключевые моменты: учеб. пособие. М., 2008. 400 с.

7. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Пропедевтика внутренних болезней: учебник. 4-е изд. М., 2009. 648 с.
8. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины/пер. с англ. под ред. И.Н. Денисова, К.И. Сайткулова: 3-е изд. М., 2009. 288 с.
9. Петров В.И., Недогода С.В. Основы доказательной медицины для врачей. М., 2009. 208 с.
10. Страус Ш.Е. Медицина, основанная на доказательствах/пер. с англ. под ред. В.В. Власова, К.И. Сайткулова. М., 2010. 320 с.
11. Довтенко Т.В., Васюк Ю.А., Семиглазова М.В. Клиническая картина и лечение расстройств депрессивного спектра у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Тер. архив. 2009. Т. 81, № 12. С. 30–34.
12. Палеев Н.Р., Краснов В.Н. Взаимосвязь психосоматики и соматопсихиатрии в современной медицине // Клинич. медицина. 2009. Т. 87, № 12. С. 4–7.
13. Психические нарушения при гипертонической болезни у военнослужащих молодого возраста/А.Б. Белеветин, А. Э. Никитин, В.К. Шамрей [и др.] // Военно-медицинский журнал. 2010. Т. 331., № 4. С. 7–13.
14. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: учебник. 4-е изд. СПб., 2010. 946 с.
15. Тюренков И.Н., Перфилова В.Н. Роль ГАМК-рецепторов в развитии патологических процессов // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2010. Т. 4, № 2. С. 47–52.
16. Мартынова А.Г., Скворцов К.Ю. О некоторых проблемах клинической медицины: Метер. межрегион. конф. «Докторанские чтения». Саратов, 2008. С. 27–31.
17. Мартынова А.Г., Скворцов Ю.И., Блинова В.В. Структура интрапсихического конфликта и его роль в нарушении пищевого поведения и развития ожирения у больных сердечно-сосудистой патологии // Учен. зап. Санкт-Петерб. гос. мед. ун-та им. акад. И.П. Павлова. 2010. Т. XVII, № 2. С. 140–143.
18. Скворцов Ю.И., Кодочигова А.И. Гипносуггестивная терапия артериальной гипертензии — альтернатива медикаментозному лечению // Учен. зап. Санкт-Петерб. гос. мед. ун-та им. акад. И.П. Павлова. 2010. Т. XVII, № 2. С. 127–128.