

## Концептуальная основа профилактического консультирования пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития

Калинина А. М.

ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины  
Минздравсоцразвития России. Москва, Россия

Статья содержит результат аналитического исследования по проблеме профилактического консультирования пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), в основе развития которых лежит многофакторная природа и множественные поведенческие факторы риска (ФР). Учитывая многолетний опыт и анализ базовых монографических источников по проблеме, формулируются концептуальные принципы профилактического консультирования пациентов с ХНИЗ и ФР их развития, определяемые личностно-поведенческими особенностями пациента. Предложены типовые требования к постро-

ению алгоритмов профилактического консультирования по основным поведенческим ФР ХНИЗ, что позволит достичь принципиально нового подхода в профилактике этих заболеваний.

**Ключевые слова:** профилактика, неинфекционные заболевания, профилактическое консультирование, факторы риска, мотивация, оздоровление.

Поступила 20/02-2012

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2012; 11(4): 4-9

### Conceptual basis of preventive counselling in patients with chronic non-communicable diseases and their risk factors

Kalinina A. M.

State Research Centre for Preventive Medicine. Moscow, Russia

The paper presents the results of an analytical study on the complex problem of preventive counselling in patients with multifactorial chronic non-communicable diseases (CNCD). Based on the extensive experience of the author and the major external sources of evidence, the conceptual principles of preventive counselling are presented for people with CNCD or CNCD risk factors (RFs), according to individual personality traits and behavioural specifics. The key requirements for the

development of preventive counselling algorithms focusing on major behavioural RFs are identified, which opens a new perspective in the CNCD prevention.

**Key words:** prevention, non-communicable diseases, preventive counselling, risk factors, motivation, health promotion.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2012; 11(4): 4-9

В эффективном контроле хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) большое значение имеют взаимоотношения, складывающиеся в триаде «врач — больной — болезнь» [1]. Объединение усилий врача и пациента способствует повышению противостояния болезни как в острой, так и хронической стадии особенно. Важно понимание того, что роль больного не может ограничиваться простым подчинением медицинским предписаниям. Пациент должен стать активным, ответственным участником терапевтического процесса. Часть функций пациент должен взять на себя, в частности, меры по снижению риска заболеваний и осложнений, тесно зависящих от его поведенческих особенностей и личного отношения к болезни. Такое распределение ответственности способствует формированию партнерства в долговременном контроле заболевания [2].

Вместе с тем, если в лечебном процессе взаимоотношения врача и пациента очевидны, и они обогащаются взаимным интересом (для врача — заинтересованностью в профессиональном успехе, для больного — в улучшении самочувствия и сохранения работоспособности, а порой и жизни), то в профилактике заболеваний, особенно в первичной, эти взаимоотношения принципиально отличаются. Формирование партнерства требует со стороны врача определенных усилий и знаний, особенно при консультировании по вопросам здоровья, т.к. различия клинического и профилактического консультирования отражаются на результате и, к сожалению, не в пользу последнего. Врач должен знать эти барьеры, чтобы научиться их успешно преодолевать.

Профилактическое консультирование направлено не только на информирование больного, но и на создание у него мотивации к выполнению

©Калинина А.М., 2012

e-mail: akalinina@gnicpm.ru

[Калинина А.М. – руководитель отдела первичной профилактики ХНИЗ в системе здравоохранения].

советов — повышение приверженности соблюдению врачебных назначений. Ключевым звеном для реализации концепции партнерства становится обучение больного через профилактическое индивидуальное или групповое консультирование с учетом особенностей обучения взрослых и формирования мотивации к изменению поведения в сторону оздоровления [2-5,7].

Эти особенности принципиально отличают процесс профилактического консультирования от методов санитарного просвещения; методы профилактического консультирования являются важнейшими направлениями лечения заболевания и могут быть отнесены к поведенческой терапии [5].

Достижению цели профилактического консультирования содействуют принципы *единства трех обязательных составляющих*:

- *информирование пациента* о риске заболевания, ФР его развития и прогрессирования, методах самоконтроля, советы и рекомендации по оздоровлению поведенческих привычек, влияющих на риск, принципах и особенностях медикаментозного лечения и пр.;

- *обучение пациента* с применением несложных, но важных для процесса обучения, основ педагогики, что требует от врача знания принципов обучения взрослых;

- *мотивирование пациента* и побуждение к принятию с его стороны активных действий по отказу от вредных привычек, оздоровлению образа жизни и соблюдению врачебных назначений, что требует от врача знаний некоторых принципов психологии, в частности, формирования мотиваций, изменения поведения и пр.

Важное значение для эффективности профилактического консультирования и обучения имеют желание пациентов к изменению привычного образа жизни и повседневных привычек, стремление к получению знаний и умений по сохранению здоровья, что определяется мотивацией [6].

*Мотивация* — это осознанное стремление пациента получить новые навыки по снижению риска болезни. Формирование мотивации у взрослых обусловлено множеством факторов и особенностей личности и складывается на нескольких уровнях: необходимо *понять*, что и для чего следует изменить, важно *понять* значение оздоровления именно для себя, желательно *проверить на опыте, ощутить* или убедиться на конкретном примере в действенности и необходимости рекомендаций.

Именно компоненты профилактического консультирования (информирование-обучение-мотивирование), особенно, их единство в технологии консультирования, позволяют повысить его результативность и для врача, и для пациента [2,5].

Известно, что для эффективного врачебного консультирования, в т.ч. профилактического, действуют

общие законы процесса общения (коммуникации). Известно, что на практике процесс общения между врачом и пациентом (передачи информации, проведения диалога, беседы) менее эффективен, чем кажется. Поэтому знание основных законов процесса общения помогает сделать профилактическое консультирование более эффективным. Влиять на других людей — трудная задача. Поэтому от того, насколько специалист-консультант владеет основными навыками эффективного общения, зависит эффективность консультирования [2,4]. Важно учитывать эти вопросы и в системе непрерывного медицинского образования, особенно на последипломном уровне, когда врач уже имеет собственный опыт практической работы, и у него складываются взгляды на межличностные взаимоотношения с пациентами [3,8].

**Врачебное профилактическое консультирование** — это не только доходчивое, понятное объяснение, но и попытка повлиять на пациента, мотивировать его к изменению, оздоровлению поведения. Важно не только то, что мы говорим, но и то, как мы говорим.

Специальные исследования проблемы показывают, что слушая собеседника, вольно или невольно (осознанно или неосознанно) вначале врач реагирует на то, кто говорит, затем на то, как говорит пациент, и только затем на то, что говорит. Важно помнить, что если врач сказал пациенту, то это еще не означает, что пациент все услышал; если даже больной услышал, нет уверенности, что он все правильно понял; если пациент все понял правильно, нет уверенности, что пациент принял понятое в качестве побудительного мотива для оздоровления привычек и выполнения рекомендаций. Даже если пациент все правильно понял, обещал выполнить рекомендацию, нет уверенности в том, что он станет ежедневно следовать ей.

В определенной степени процесс профилактического консультирования облегчается при групповых методах, примером которых могут быть школы здоровья, например, для пациентов с артериальной гипертонией (АГ), ФР и пр., которые в последние годы все активнее внедряются в реальную практику здравоохранения [2].

**Преимущества группового профилактического консультирования.** Обучение в группе усиливает действенность обучения — создается атмосфера коллектива, нивелируется чувство одиночества, улучшается эмоциональный контакт. Эффективность повышается за счет обмена опытом между пациентами, примеров из жизни и пр. Необходимо помнить, что групповое обучение более эффективно, если подкрепляется индивидуальным консультированием. Согласно рекомендациям Европейского Общества Кардиологов 2007 желательно, чтобы в таких случаях обучение проходили и родственники больного, что повышает не только привержен-

Таблица 1

Наиболее часто встречающиеся поведенческие модели восприятия заболевания

Особенности самоощущения болезни и поведения пациента (взаимоотношения «пациент-болезнь»)	Принципы профилактического консультирования с учетом особенностей поведения пациента (взаимоотношения «врач-пациент»)
Модель «отрицания»	
Пациент отвергает заболевание, врачебные рекомендации не выполняет. Самочувствие практически не нарушает его привычный стиль жизни. Пациент чаще всего мало информирован о заболевании и факторах, способствующих его развитию, или информирован достаточно полно, но не желает ничего изменять в своем привычном образе жизни и режиме, опасаясь (осознанно или неосознанно) снижения качества своей жизни.	Объяснение природы заболевания и ФР, по возможности, максимально индивидуализировано для конкретного пациента. Важно акцентировать внимание на устранении факторов, провоцирующих заболевание, избегать запугивания и подчеркивать позитивные «выгоды» рекомендаций для здоровья и самочувствия. Такое консультирование потребует времени и терпения со стороны врача. Участие таких пациентов в групповом обучении способствует повышению формирования мотивации к оздоровлению.
Модель «поиск виновных»	
Пациент считает себя больным, но отвергает причинную связь между образом своей жизни и заболеванием, ищет виновных, оценивает врачебные рекомендации как бесполезные, что особенно относится к советам по оздоровлению поведенческих привычек, не принимает своей ответственности за контроль над заболеванием. Пациенты ищут объяснения и аргументы в пользу перекладывания ответственности за свое здоровье чаще всего на окружающих и на медицинскую сторону. Больной не желает ничего изменять в своем привычном образе жизни и режиме, не верит в эту необходимость.	Объяснение не столько природы заболевания, сколько ФР заболевания, применительно к индивидууму. Таким больным нельзя противопоставлять роль врача и пациента, необходимо при объяснении акцентировать внимание на устранении ФР, обусловленных конкретно его нездоровыми поведенческими привычками, но не осуждать и назидательно советовать. Консультирование необходимо проводить в форме беседы с активным опросом, но в недирижистской форме — спрашивать, обсуждать, обмениваться мнением, избегая категоричности и строгих запретительных формулировок. Именно групповое обучение таких пациентов способствует формированию их приверженности выполнению врачебных назначений.
Модель «торговля»	
Пациент принимает болезнь, но часто у него создается собственное представление о заболевании, нередко искаженное и отрицающее важные поведенческие факторы, негативно влияющие на течение заболевания. Пациент «выскивает» во врачебных советах уловки и объяснения, позволяющие оправдать его в собственных глазах и не принять собственной ответственности. Пациенты сами ставят условия, преграды и ограничения в рекомендациях врача, соглашаются на лечение и самоконтроль, но частично, выбирая более удобные для себя меры и советы.	Необходимо детально объяснить природу заболевания и риск осложнений. В таких ситуациях важны элементы «обратной связи». При обучении таких пациентов целесообразно применение техники демонстрации рисков с использованием таблиц и шкал суммарного риска, что может оказаться важным аргументирующим механизмом к принятию врачебных рекомендаций по оздоровлению поведенческих привычек и контролю над заболеванием.
Модель «самоанализ»	
Пациент осознает, что болен, может быть склонен к преувеличению потенциального риска для жизни, что может повысить вероятность депрессивных состояний. Пациенты задают множество вопросов, стремятся получить больше знаний о заболевании, открыто воспринимают советы врача и, особенно конкретные рекомендации и обсуждение примеров из жизни.	Акцент при профилактическом консультировании должен ставиться как на содержание, так и на форму предоставления информации. Полезными могут быть дискуссии с другими пациентами (например, в школах здоровья), организовать и вести которые врач должен уметь; важно акцентировать внимание на природе заболевания и устранении комплекса ФР, обусловленных нездоровыми поведенческими привычками.
Модель «понимания»	
Пациенты объективно понимают риск и сущность заболевания, а также и необходимость собственных усилий по снижению риска. Пациенты активно сотрудничают с врачом.	Акцент должен ставиться на конкретных рекомендациях и примерах, особенно, если они включают обмен фактами из жизни других пациентов. Пациенты наиболее восприимчивы к знаниям о сохранении здоровья. В школах здоровья такие пациенты становятся незаменимыми помощниками врача в создании атмосферы доверия и поддержки, что крайне важно для эффективного консультирования и обучения.

ность пациента выполнению врачебных назначений, но и создает необходимую социальную поддержку [2,5].

Важным принципом эффективного профилактического консультирования является «обратная связь» — контроль процесса того, что услышано, как понято, как принимается, а также какова реакция пациента на врачебные рекомендации (согласие или несогласие) [3,8].

Эффективная «обратная связь» определяется многими факторами, к основным из которых относятся:

- четкое разъяснение цели рекомендации/совета;
- умение задавать вопросы и выслушать пациента с повторным объяснением сути совета (при необходимости);
- при объяснении исключение двусмысленности, нечеткости и специальных медицинских терминов или сложных объяснений;
- проявление эмпатии (внимания к чувствам других людей и понимания их проблем) и открытости (избегать стереотипов, осуждения и скорых суждений).

Таблица 2

## Предложения по типовому построению алгоритмов профилактического консультирования по поведенческим ФР основных ХНИЗ

Действия	Содержание
Спросить ...	о ФР, отношении к нему, готовности к изменениям (оздоровлению)
Определить ...	наличие ФР, его уровни, при необходимости объективно измерить, сопутствующие факторы и заболевания, оценить суммарный риск (в частности, сердечно-сосудистый (ССР), у лиц 35-65 лет)
Объяснить ...	необходимость снижения ФР или поддержания здорового образа жизни, повышения ответственности пациента за свое здоровье, важность повторных измерений ФР (при наличии биологических ФР)
Обсудить ...	составить совместно с пациентом согласованный, конкретный и реалистичный план оздоровления, график повторных визитов и контроля ФР
Уточнить...	понимание пациентом проблемы и отношение к здоровью, готовность к изменению привычек, барьеры
Убедить...	в важности сохранения здоровья, соблюдения здорового образа жизни, оздоровления поведенческих привычек
Научить...	конкретным умениям по самоконтролю и основам оздоровления поведенческих привычек
Регистрировать ...	назначения, рекомендации, соблюдение рекомендаций (приверженность), сроки повторных контрольных визитов и результат
Корректировать...	вносить необходимые коррекции, повторять рекомендации и график повторных визитов
Контролировать...	выполнение рекомендаций, соблюдение рекомендаций, преодоление барьеров, изменение поведенческих привычек, отношение к здоровью, результат

В процессе профилактического консультирования *следует избегать наиболее частой ошибки* — информационной перегруженности, использования специальных медицинских терминов, что, как правило, сопровождается непониманием и негативным отношением пациента.

Психологические факторы и личностные качества врача играют важную роль в эффективном профилактическом консультировании и могут, как повышать его результативность, так и создавать барьер для восприятия пациентом рекомендаций [3,5,8].

Восприятие больным рекомендаций зависит от его представлений о жизненных ценностях, отношения к здоровью, а также от понимания своей роли в контроле риска заболеваний. Пациент должен понимать и принимать ответственность за состояние своего здоровья и действовать не вопреки, а вместе с врачом, выполняя предписанные им рекомендации и назначения. В течение жизни под влиянием различных внутренних или внешних факторов у пациента формируются разные поведенческие модели восприятия болезни — отношения к своей болезни и ответные действия [5]. Наиболее часто встречающиеся *поведенческие модели* восприятия больным заболевания и самоощущения [5], могут служить основой для определения акцентов и особенностей профилактического консультирования. Принципы профилактического консультирования, определяемые особенностями поведения пациента сформулированы в таблице 1.

Процесс оценки поведенческих моделей пациентов не простой и требует от врача навыков

и времени. Однако распознавание поведенческих моделей пациента имеет значение для эффективно-го профилактического консультирования как при индивидуальной работе с пациентом, так и при групповом обучении. Вот почему важно в системе непрерывного профессионального обучения акцентировать внимание врачей на этой проблеме [8].

Важно сформировать у пациента осознанное восприятие врачебных рекомендаций, чтобы сократить несоответствие между уровнем информированности о заболевании и практическим выполнением знаний, выражающимся в изменении нездорового поведения и привычек.

Соответствие поведения и действий пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, диету и/или изменение образа жизни определяется термином «*приверженность*» [1], которая обусловлена множеством факторов, связанных с *пациентом*: восприятие заболевания, авторитет врача, уровень образования, личностные особенности, уровень дохода и пр.; с *врачом*: профессионализм, взаимоотношение с больным, заинтересованность и пр.; с *терапией*: сложность или простота схем лечения, побочные эффекты, цена и пр.; с *внешними факторами*: наличие или отсутствие социальной поддержки, взаимопонимания, сочувствия и пр.

Изменить поведение и поведенческие привычки, особенно, с превентивной целью, взрослому человеку крайне сложно [7]. Вместе с тем именно через этот путь лежит выполнение врачебных профилактических рекомендаций, которые передаются пациенту в процессе консультирования. Из всех рекомендаций наиболее легко пациенты



воспринимают важность приема лекарственных препаратов. Этот традиционный путь лечения воспринимается адекватно как необходимый в контроле над заболеванием врачом и пациентом.

Процесс изменения поведения любого человека не всегда поступательный [7]. Особые сложности возникают, когда встает вопрос о необходимости «искусственно» (насиловать) изменить жизненные привычки и поведение, которые практически всегда не ощущаются пациентом как дискомфорт или неудобство. Напротив, нередко вредные для здоровья привычки воспринимаются пациентом как удовлетворение потребности: покурить — расслабиться, пообщаться, поесть — снять стресс и пр. Согласно теории Prochaska J. в выработке поведения условно выделяют несколько стадий формирования мотивации и изменений поведения для установления новых привычек [7]. При этом эти стадии имеют различную продолжительность (от минут-часов до годов), возможен их как поступательный, так и регрессионный переход:

**Непонимание проблемы.** Пациент не знает, почему именно ему надо изменить привычки, почему врач советует регулярно принимать медикаменты при хорошем самочувствии и особенно, если надо изменить такие привычные и удобные, с точки зрения пациента, образ жизни и привычки. *В такой ситуации, при консультировании необходимо концентрироваться на информировании, разъяснении проблемы без глубокой детализации конкретных советов (как и что делать).*

**Принятие решения.** Пациент осознал, что его повседневные привычки наносят вред здоровью, но может испытывать колебания в принятии решения. Совет, подкрепленный конкретной помощью, будет более успешным. *В такой ситуации, при консультировании важна не только беседа, но и одобрение, поддержка, а также предоставление конкретной помощи и обучение навыкам: как бросить курить, как питаться и пр.*

**Начало действий.** Пациент решил изменить привычки, отказаться от нездорового образа жизни, регулярно принимать лекарства и др. *В такой ситуации, при консультировании уже не требуется объяснять и аргументировать, важна не столько информация, сколько психологическая поддержка, обсуждение положительных примеров из жизни (все в наших руках и пр.).*

**Срыв действий.** Пациенту не удалось придерживаться длительное время новым более здоровым привычкам и/или сохранить регулярность лечения. Срыв возможен при любых установках и любом отношении к проблеме, но необязательно. *В такой ситуации, при консультировании требуются навыки, терпение и повторное не осуждающее и не директивное объяснение и поддержка, т.к. этот этап непрост для консультирования.*

Обеспечить эффективную реализацию этих концептуальных основ профилактического консультирования на практике в полной мере позволяет обучение пациентов как школе здоровья, так форме группового профилактического консультирования [2,5], основанного на принципах эффективного обучения. Однако и при индивидуальном профилактическом консультировании необходимо владеть основами эффективного профилактического консультирования, изложенными выше.

История создания Школ для пациентов с различными хроническими заболеваниями насчитывает в России ~ 10 лет. Накоплен достаточно богатый опыт проведения обучения пациентов в Школах при различных заболеваниях: сахарном диабете, артериальной гипертонии, бронхиальной астме, коронарной болезни сердца и др. [2,5].

Цель организации школ здоровья для различных целевых групп пациентов:

- повышение информированности о заболевании и ФР их развития;
- повышение понимания пациентом ответственности за сохранение собственного здоровья;
- формирование рационального и активного отношения пациента к здоровью, мотивации к оздоровлению, приверженности выполнению врачебных советов и назначений;
- формирование умений и навыков по самоконтролю и самопомощи в неотложных ситуациях;
- формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих ФР: отказ от курения, чрезмерного потребления алкоголя, оздоровление питания, режима двигательной активности, умения противостоять стрессовым нагрузкам и др.

Важно, что эффективное профилактическое консультирование (групповое и индивидуальное или их сочетание) обеспечивает не только повышение информированности пациентов о риске заболеваний и путях его снижения, но и формирует необходимую им социальную поддержку.

**Алгоритмы профилактического консультирования.** В настоящее время единые типовые требования к построению алгоритмов профилактического консультирования в Российской Федерации (РФ) отсутствуют. Вместе с тем, потребность в унификации технологии консультирования очевидна и диктуется концептуальным принципом необходимости комплексной технологии профилактического консультирования — «информирование-обучение-мотивирование», «предоставление дифференцированной медицинской помощи и поддержки».

Интеграция требуемых компонентов профилактического консультирования позволяет

сформулировать предложения типовых требований к построению алгоритмов профилактического консультирования по основным поведенческим ФР ХНИЗ, что позволит достичь принципиально нового подхода в профилактике этих заболеваний — не только информировать пациента о ФР, но оказать необходимую помощь и поддержку при обеспечении контроля за его состоянием и приверженностью выполнению рекомендаций. Предложения по типовому алгоритму построения профилактического консультирования, применимому к основным поведенческим ФР ХНИЗ (алгоритм «Десять действий») изложены в таблице 2.

В заключение следует подчеркнуть, что среди многих проблем профилактики ХНИЗ, находящихся в компетенции и зоне ответственности системы здравоохранения, межличностные отношения врача и пациента вне зависимости от имеющихся проблем со здоровьем выступают как ключевые, т.к. могут явиться основным движущим началом реальных и успешных превентивных мер при условии базирования на концептуальных принципах эффективного профилактического консультирования. В то же время, если эти принципы не учитываются трудно ожидать партнерских согласованных действий врача и пациента в оздоровлении поведенческих привычек, лежащих в основе многих ФР НИЗ.

## Литература

1. Adherence to long-term therapy, evidence of action. WHO Report. 2003, [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en)
2. Kalinina A.M., Pozdnyakov Y.M., Oshepkova E.V., et al. School of health: arterial hypertension. Manual for physicians. M.: Geotar-Media 2008; 188p. Russian (Калинина А.М., Поздняков Ю.М., Ощепкова Е.В. и др. Школа здоровья: артериальная гипертензия. Руководство для врачей. М.: «Геотар-Медиа» 2008; 188 с.
3. Zmeev S.I. Technology of adult education. M. "Akademija" 2002; 128 p. Russian (Змеев С.И. Технология обучения взрослых. М.: Изд. Центр «Академия» 2002; 128 с).
4. Rogers C.R. Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice. / Trans. from English by Kondrashova O., Kushkareva R. M.: JeKMO press, 2000; 464 p. Russian (Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы: монография. Пер. с англ. Кондрашовой О., Кучкаревой Р. Ред. Гришпун И., Бобко С., Ряшина В. М.: Изд-во ЭКМО-Пресс 2000; 464 с).
5. Shekotov V.V., Zinkovskaya T.M., Golubev A.D. et al. Education of patients with arterial hypertension, diabetes mellitus and asthma: theory, technology, results. Perm: GOU VPO «PGMA MZ RF». 2003.-229p. Russian (Щекотов В.В., Зиньковская Т.М., Голубев А.Д. и др. Обучение больных гипертонической болезнью, сахарным диабетом и бронхиальной астмой: теория, методика, результаты. Пермь: Изд-во ГОУ ВПО «ПГМА МЗ РФ» 2003; 229 с).
6. Maslow A.H. Motivation and personality. Second ed. New York, Evanston, and London. Trans. from English by Tatlibaeva A.M. Sankt-Peterburg: Evrazija. 1999.- 478p. Russian (Маслоу А.Г. Мотивация и личность. Пер. с англ. Татлыбаевой А.М. СПб.: Изд-во «Евразия» 1999; 478 с).
7. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy. Theory, Research and Practice 1982; 19: 276-88.
8. Shestac N.V. Technology of education in continuation education in medicine. M.: Sovremennogo humanitarnogo universiteta. 2007; 367 p. Russian (Шестак Н.В. Технология обучения в системе непрерывного профессионального образования в здравоохранении. Монография. М.: Изд-во Современного гуманитарного университета 2007; 367 с).