



Республика спорт
тиббиёти илмий-амалий
маркази

ISSN 2181-998X



ТИББИЁТ ВА СПОРТ MEDICINE AND SPORT

2023
4

ТОШКЕНТ

ЎЗБЕКИСТОН МИЛЛИЙ ОЛИМПИА ҚЎМИТАСИ

2023/4

ISSN 2181-998X

РЕСПУБЛИКА СПОРТ ТИББИЁТИ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ МАРКАЗИ

ТИББИЁТ ВА СПОРТ
MEDICINE AND SPORT

Тошкент

ТАҲРИР ҲАЙЪАТИ

Бош муҳаррир

т.ф.н. К.К. Сирожитдинов

Бош муҳаррир ўринбосари

профессор И.Р. Мавлянов

Маъсул котиб

PhD, к.и.х. Н.Ш. Усмоналиева

Таҳрир аъзолари

проф. А.А. Ходжиметов, проф. А.Т. Бабаев,

проф. А.Х. Аширметов, проф. Ж.А. Ризаев,

проф. Р.С. Мухамедов, проф. Х.Я. Каримов

т.ф.д. З.И. Мавлянов

Таҳрир кенгаши

Проф. Т.А. Абдуллаев (Ташкент)

Проф. А.Л. Аляви (Ташкент)

Проф. Т.У. Арипова (Ташкент)

Проф. И.А. Ахметов (Ливерпуль)

Проф. Ш.А. Боймурадов (Ташкент)

Проф. М.Р. Болтабаев (Ташкент)

Проф. Е.А. Гаврилова (С.Петербург)

Проф. Б.Г. Гафуров (Ташкент)

Проф. Б.Т. Даминов (Ташкент)

Проф. А.И. Икрамов (Ташкент)

Проф. В. Ираситано (Италия)

Проф. Р.Т. Камилова (Ташкент)

Проф. У.К. Камилова (Ташкент)

Проф. Г.М. Кориев (Ташкент)

Проф. Р.Д. Курбанов (Ташкент)

Проф. Д.К. Нажмутдинова (Ташкент)

Проф. Ф.Г. Назиров (Ташкент)

Проф. Б.А.Поляев (Москва)

Проф. Д.М. Сабиров (Ташкент)

Проф. Л.Н.Туйчиев (Ташкент)

Проф. Ф.И.Хамрабаева(Ташкент)

СОДЕРЖАНИЕ

YANGI KONSTITUTSIYA – MAMLUKAT TARAQQIYOTINING KAFOLATI

YANGI KONSTITUTSIYA – MAMLUKAT TARAQQIYOTINING KAFOLATI <i>Sirojiddinov K.K., Quvvatova Z. R.</i>	6
---	----------

ПОБЕДА НЕ ЛЮБОЙ ЦЕНОЙ, ПОБЕДА С СОХРАНЕНИЕМ ЗДОРОВЬЯ! <i>Таралева Т.А., Абляимов Р.Т., Фотиев С.С., Мальков А.В.</i>	8
--	----------

СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА И СПОРТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫЕ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОСПОСОБНОСТИ У СПОРТСМЕНОВ ЦИКЛИЧЕСКИХ ВИДОВ СПОРТА <i>Рахимова Н.М., Мавлянов И.Р.</i>	11
--	-----------

ВЛИЯНИЕ СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАРАЛИМПИЙЦЕВ <i>Турсунов Н.Б.</i>	18
--	-----------

ОЦЕНКА ТИПА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ВЕЛОСПОРТОМ И АКАДЕМИЧЕСКОЙ ГРЕБЛЕЙ <i>Таралева Т.А., Мавлянов И.Р., Парпиев С.Р., Юлчиев С.Т.</i>	24
---	-----------

СПОСОБ ВЫБОРА АДЕКВАТНОГО ТРЕНИРОВОЧНОГО РЕЖИМА СПОРТСМЕНОВ ПО НЕКОТОРЫМ ЦИКЛИЧЕСКИМ ВИДАМ СПОРТА НА ОСНОВЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ <i>Парпиев С.Р., Мавлянов И.Р., Юлчиев С.Т., Таралева Т.А.</i>	27
---	-----------

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЗЮДОИСТОВ-ПАРАЛИМПИЙЦЕВ <i>Саттарова Д. Б.</i>	31
---	-----------

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

GASTRODUODENAL ZONA MIKROBIOSENOZI BUZILGAN REAKTIV ARTRITI BASALGAN BASORLARDA QON LIPID PROFILINING XUSUSIYATLARI VA UNING TUZISH YO'LLARI <i>Азадаева К.Э., Тухтаева Н.Х., Каримов М.Ш.</i>	34
--	-----------

ВЛИЯНИЯ ГИДРОЛИЗАТОВ БЕЛКОВ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРЕВАРИВАЕМОСТИ КРАХМАЛА В СОСТАВЕ КРАХМАЛЬНО-БЕЛКОВЫХ СУБСТРАТОВ <i>Касимова Д.С., Алейник В.А., Бабич С.М., Хамракулов Ш.Х.</i>	39
---	-----------

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ <i>Хаялиев Р.Я., Маркушин В.А., Рахимий Ш.У.</i>	43
--	-----------

РОЛЬ ДИСБИОЗА КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПОДАГРЫ <i>Ширанова Ш.А.</i>	52
---	-----------

ФАКТОРЫ ВЛИЯНИЯ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРЕВАРИВАЕМОСТИ КРАХМАЛА ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С БЕЛКАМИ В СОСТАВЕ КРАХМАЛЬНО-БЕЛКОВЫХ СУБСТРАТОВ <i>Касимова Д.С., Алейник В.А., Бабич С.М., Хамракулов Ш.Х.</i>	56
--	-----------

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Магзумова Ш.Ш., Мухамадиева Н.Б.</i>	60
---	-----------

ПСОРИАТИК АРТРИТДА ЖИГАР НОАЛКОГОЛ ЁҒЛИ КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРАЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ <i>Мухсимова Н.Р.</i>	63
---	-----------

ЭТИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН ПРИ TORCH-ИНФЕКЦИИ <i>Насриддинова К.П., Якубова О.А.</i>	66
--	-----------

АТОРИК ДЕРМАТИТ ВА ОSHQOZON ICHAK KASALLIKLARI <i>Mirrahimova M.X., Nishonboeva N.Yu.</i>	69
---	-----------

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Магзумова Ш.Ш.¹, Мухамадиева Н.Б.²

¹Ташкентская медицинская Академия, Ташкент.

²Бухарский государственный медицинский университет, Бухара.

KOMORBID RUHIY BUZISHLARI BO'LGAN SOMATİK BEMORLARNING HAYOT SIFATI TAHLILI

Magzumova Sh.Sh.¹, Muxamadiyeva N.B.²

¹Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent shahri.

²Buxoro davlat tibbiyot universiteti, Buxoro shahri.

ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE OF SOMATIC PATIENTS WITH COMORBID MENTAL DISORDERS

Magzumova Sh.Sh.¹, Mukhamadiyeva N.B.²

¹Tashkent Medical Academy, Tashkent.

²Bukhara State Medical University, Bukhara.

Аннотация: Психические расстройства и соматические заболевания могут взаимно влиять на клинико-динамические характеристики друг друга: каждое из этих состояний утяжеляет течение другого. Соматическое заболевание может являться причиной развития и видоизменения течения психопатологических расстройств. В статье приводится характеристика качества жизни пациентов соматической клиники, у которых на фоне соматической патологии были выявлены психические расстройства, описывается корреляционное соотношение сомато-психических расстройств у данной категории пациентов по субшкалам опросника SF-12.

Ключевые слова: качество жизни, сомато-психическое соотношение, корреляционная взаимосвязь, патопсихологический синдром.

Izoh. Ruhiy kasalliklar va somatik kasalliklar bir-birining klinik va dinamik xususiyatlariga o'zaro ta'sir ko'rsatishi mumkin: bu holatlarning har biri ikkinchisining kechishini og'irlashtiradi. Somatik kasallik psixopatologik kasalliklar kechishining rivojlanishi va o'zgarishiga olib kelishi mumkin. Maqolada somatik klinika sharoitida ruhiy buzilishlar aniqlangan somatik bemorlarning hayot sifati tasvirlangan va SF-12 ning kichik shkalalari bo'yicha ushbu toifadagi bemorlarda somatik va ruhiy kasalliklar o'rtasidagi bog'liqlik bayon etilgan.

Kalit so'zlar: hayot sifati, somatik-psixologik munosabatlar, korrelyatsiya aloqasi, patopsixologik sindrom.

Annotation. Mental disorders and somatic diseases can mutually influence the clinical and dynamic characteristics of each other: each of these conditions aggravates the course of the other. Somatic illness can cause the development and modification of the course of psychopathological disorders. The article describes the quality of life of patients in a somatic clinic who have been diagnosed with mental disorders against the background of somatic pathology, and describes the correlation between somatic and mental disorders in this category of patients according to the subscales of the SF-12 questionnaire.

Keywords: quality of life, somatic-psychological relationship, correlation relationship, pathopsychological syndrome.

Актуальность. Рассмотрение различных медико-психологических аспектов сегодня невозможно в отрыве от проблем психического здоровья. По данным широкомасштабного исследования, предпринятого в странах Евросоюза, частота психических расстройств на протяжении жизни в популяции составляет 38,2%. Распространенность психических расстройств у лиц, обращающихся за медицинской помощью, еще выше. Как показывают результаты обследования, частота клинически значимых психических расстройств составляет 42,3%. По сведениям зарубежных исследователей, эти нарушения встречаются у данного контингента больных еще чаще — в 50—60% наблюдений [1,2,3].

Психосоматическая медицина стала пионером самооценки психологического статуса в медицинских условиях [4]. Оценочные шкалы, такие как Контрольный список симптомов, Больничная шкала тревоги и депрессии и Опросник симптомов, широко использовались в медицинских учреждениях [6]. Субъективное восприятие состояния здоровья (например, неудовлетворительное самочувствие, деморализация, трудности с выполнением личных и семейных обязанностей) столь же ценно, как и мнение клинициста при оценке исходов [7]. Недавний

акцент на исходах, сообщаемых пациентами, любой отчет, исходящий непосредственно от пациентов о том, как они функционируют или чувствуют себя в связи с состоянием здоровья или его терапией, соответствует психосоматическому и клиниметрическому подходу [8]. Механик и Фолькарт определили болезненное поведение как «способы, которыми данные симптомы могут по-разному восприниматься, оцениваться и действовать (или не действовать) в отношении различных типов людей». В последние десятилетия новые направления исследований были связаны с восприятием болезни, посещением медицинских учреждений, обращением за медицинской помощью и соблюдением режима лечения [9,10].

Целью нашего исследования явилось изучение качества жизни пациентов соматической клиники, у которых были диагностированы психические расстройства различного регистра.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились больные, госпитализированные в соматическую многопрофильную клинику, под объект нашего исследования попали 2211 пациентов. Для достижения поставленной цели из этой когорты были отобраны больные с наличием психических расстройств,

которые развились на фоне соматической патологии. Из всего числа больных у 48,2% (1066) были обнаружены психопатологические расстройства. Данная группа была сформирована из пациентов с патологиями 8 классов (по МКБ-10): K00-93, I00-99, J00-99, M00-99, E00-90, D50-89, G00-99, N00-99 (БОП – болезни органов пищеварения, БСК – болезни системы кровообращения, БДС – болезни дыхательной системы, БК-МС – болезни костно-мышечной системы, БЭС – болезни эндокринной системы, БК – болезни кроветворной системы, БНС – болезни нервной системы, БМС – болезни мочеполовой системы). В соответствии с задачами исследования в работе использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и статистические методы исследования.

Результаты и обсуждения. Отдельные группы расстройств, ранжированные в соответствии с критериями МКБ-10, хотя и дают представление о частоте психической патологии в структуре соматических патологий, однако минимально отражают ключевые клинические характеристики, соответственно полученный результат требует существенной коррекции с привлечением валидных диагностических категорий.

Понятие качества жизни стандартизовано Международным обществом исследования качества жизни (International Society for Quality of Life Research, ISOQoL), которое формирует знания и единые подходы к оценке качества жизни, разрабатывает методологию оценки качества жизни. ВОЗ выделяет критерии качества жизни и их составляющие. По ВОЗ к основным критериям качества жизни отнесены физический, психологический, уровень самостоятельности, общественная жизнь, окружающая среда, духовность. Составляющими физического критерия являются сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, отдых, сон. Психологический критерий представлен положительными и негативными эмоциями, мышлением, изучением, запоминанием, концентрацией внимания, самооценкой. Уровень самостоятельности (независимости) оценивается повседневной активностью, работоспособностью, зависимостью от лекарств и лечения, общественная жизнь – личными взаимоотношениями, общественной ценностью субъекта, сексуальной активностью. Критерии окружающей среды составляют благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинской и социальной помощи, возможность обучения и повышения квалификации, досуг. Определение и реализация качества жизни устанавливается совокупностью введенных стандартов

(индексов), которые должны быть понятными, динамично отражать факторы, влияющие на жизнедеятельность, иметь количественные характеристики (по ISOQoL).

Для оценки состояния здоровья обследуемых пациентов была использована короткая форма оценки здоровья (12-Item Short-Form Health Survey, SF-12). Краткая форма оценки здоровья является одним из самых распространенных методов измерения качества жизни, связанного со здоровьем. Все шкалы опросника объединены в два измерения: физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический (5 – 8 шкалы). Каждая субшкала опросника имела следующую картину:

1. Physical Functioning (PF) (ФА) – физическое функционирование (активность) отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.).

2. Role-Physical (RP) (РФ) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

3. Bodily Pain (BP) (БТ) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. General Health (GH) (ОЗ) – общее состояние здоровья - оценка большим своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Vitality (VT) (ЖС) – жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).

6. Social Functioning (SF) (СА) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Role-Emotional (RE) (РЭ) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т. п.).

8. Mental Health (MH) (ПЗ) – самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Исследование качества жизни пациентов, связанного со здоровьем, хотя и имеют ряд ограничений из-за влияния социальных характеристик, уровня образования, особенностей организации жизни и т.д., дали следующую картину (таб.1).

Качество жизни обследуемых пациентов в зависимости от категории соматического заболевания

Таблица 1

Шкалы	БОП n=133	БСК n=103	БДС n=117	БК-МС n=115	БЭС n=108	БК n=79	БНС n=178	БМС n=233	Р
ФА	78,6±14,8	41,0±16,7	48,6±22,8	46,0±17,1	71,6±24,8	39,0±26,7	48,6±21,2	71,0±16,1	<0,001
РФ	80,1±27,4	35,3±42,1	39,4±27,4	45,4±42,1	78,4±27,4	42,8±42,1	20,1±27,4	55,3±42,1	<0,001
БТ	42,1±13,4	43,3±13,9	40,1±21,4	46,3±13,0	41,1±23,4	41,3±18,2	44,1±19,4	45,3±21,9	<0,001
ОЗ	55,8±17,8	41,7±18,0	45,8±15,1	51,7±17,2	46,9±13,3	21,7±16,0	35,8±17,2	51,1±18,4	<0,01
ЖС	61,4±21,1	51,7±18,5	35,3±18,5	34,4±17,1	56,2±12,5	33,9±13,3	45,3±18,5	48,4±17,7	<0,05
СА	43,4±22,3	45,6±25,1	41,4±19,3	44,1±17,3	46,0±17,6	42,6±20,1	43,4±22,4	40,9±18,7	<0,01
РЭ	40,5±37,3	38,3±31,7	39,2±33,4	46,3±38,0	42,7±38,3	46,9±37,2	40,9±36,3	43,5±36,7	<0,05
ПЗ	49,1±18,4	48,7±16,3	47,4±16,0	46,2±15,8	39,9±17,9	40,2±13,5	43,0±13,8	48,1±17,6	<0,01

По каждой субшкале опросника каждая профильная выборка имела различные достоверно значимые показатели качества жизни больных. По категории физической активности в профильных выборках отмечены результаты со статистической значимостью $p < 0,001$. В группе больных с БОП объем физической нагрузки, не ограниченный состоянием здоровья, который они могут выполнять составляет 78,6% от максимального объема, т.е. патология ЖКТ не особо ограничивала максимальную физическую нагрузку пациента. И этот показатель был наибольшим среди обследованных выборок. Меньше чем половину физических нагрузок могли осилить пациенты с групп БСК, БДС, БК-МС, БК и БНС (41,0%, 48,6%, 46,0%, 39,0% и 48,6% соответственно).

Со статистической значимостью $p < 0,001$ были получены следующие результаты. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности у больных с БНС составила 20,1% от минимального уровня, т.е. патология нервной системы почти на 80% ограничивает повседневную жизнедеятельность больных, обусловленную физическими проблемами. Это самый низкий результат среди всех выборок. У пациентов с заболеваниями пищеварительной системы самый высокий результат (80,1), т.е. у данной категории пациентов ограничение повседневной жизнедеятельности, обусловленной физическими проблемами, составляет почти 20%.

Наблюдается интересная картина по объему субъективных болевых ощущений ($p < 0,001$). Во всех профильных выборках наблюдалось почти схожие результаты (в пределах $40,1 \pm 23,4 - 46,3 \pm 21,4$). А общее состояние здоровья, которое имело тесную взаимосвязь с предыдущим показателем имело иную картину ($p < 0,01$). У больных в группе пациентов с БК по их самооценке составляет 21,7%, т.е. почти на 79% ниже уровня идеального состояния, и это оказалось наихудшая самооценка среди всех обследуемых пациентов. В группе больных с патологией ЖКТ показатель составил 55,8%, т.е. относительно высокая самооценка общего здоровья пациентов.

По шкале жизнеспособности (жизненный тонус) было отмечено с уровнем достоверности $p < 0,05$ несколько невысоких показателей у обследуемых групп больных с БДС, БК-МС и БК, у которых жизненный тонус составил только чуть больше трети от максимально возможного уровня 100% (когда больные ощущали себя бодрыми и полными сил) (35,3%; 34,4% и 33,9% соответственно).

Показатель социальной активности пациентов профильных выборок составил больше 40 % (от 40,9% до 46,0%), т.е. объем социальных связей составил ограничение у обследуемых пациентов больше чем на 50% от максимально возможного уровня ($p < 0,01$).

При изучении роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности получены разные показатели ($p < 0,05$). Относительно низкие показатели были в группе пациентов с БСК и БДС (36,3% и 37,2%), следующее место было у пациентов группы БОП и это составило 40,5% от минимального уровня. В остальных профильных выборках были относительно высокие показатели, однако во всех обследуемых профильных группах эмоциональные проблемы больше чем на 50% ограничивали повседневную жизнедеятельность пациентов, в связи с чем нарастало беспокойство, тревога, эмоциональные реакции. По самооценке пациентов их психического здоровья были получены

результаты, которые указывали снижения состояния их ментальной сферы ($p < 0,001$). В группе пациентов с БОП (49,1%) это примерно на 51% ниже идеального состояния, пациенты с групп БСК и БМС отмечали схожие показатели - 48,7% и 48,1% от максимально возможного уровня. Относительно худшие результаты показали пациенты с групп БЭС и БК (39,9% и 41,2% соответственно), это примерно на 60% ниже идеального состояния ментального функционирования.

Заключение. По полученным результатам показателей шкал можно утвердить, что по мере увеличения тяжести соматического состояния пациента достоверно снижается объем повседневных физических нагрузок, которые они способны выполнить. С нарастанием тяжести психических расстройств на фоне соматической патологии растет ограничение повседневной деятельности, связанное с физическим и психическим здоровьем, соответственно падает физическая и ментальная активность. У обследуемых пациентов достоверно нарастает роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Показатель психического здоровья нарушается и изменяется достоверно в равной мере не зависимо от генеза психосоматического расстройства. Помимо снижения физической активности и нарушений в психосоциальном статусе у обследуемых пациентов установлено снижение социальной активности, при этом отмечалось уменьшение объема социальных связей пациентов по мере утяжеления психосоматического статуса.

Используемая литература:

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. 336 с.
2. Колесников Д.Б., Рапопорт С.И., Вознесенская Л.А.// Современные взгляды на психосоматические заболевания// Клиническая медицина, №7. 2014
3. Коцюбинский А.П. Холистический подход к диагностике психических расстройств// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2015. — №4. — С.22-32.
4. Краснов В.Н. Проблема современной диагностики депрессий// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012;11(2):3–10.
5. Краснов В.Н., Палеев Н.Р. Психосоматика в контексте развития интегративной медицины// Альманах клинической медицины. 2014, 35, 84-88.
6. Кучин Н.Е. Медико-социальная оценка психического здоровья молодежи призывного возраста и совершенствование информационного обеспечения военно-врачебной экспертизы: дис. - М., 2014. - 167 с.
7. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология// М.: Медицинское информационное агентство; 2005.
8. Mukhamadiev N.B., Tuksanov Sh.A. Priorities of mental and physical health problems in internist's practice// An International Multidisciplinary Research Journal 12 (5), 533-537
9. Mukhamadiev N.B. Development of an algorithm for assessing the risk of depression after ischemic attack// European Journal of Molecular & Clinical Medicine 7 (11), 2020.
10. Wittchen H.U., Jacobi F. Et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010// Eur Neuropsychopharmacol. — 2011. — Vol.21. — № 9. — P. 655-679.