

# Эффективное воздействие на симптомы стресса и тревоги у пациентов с хроническими заболеваниями

В.Н. Шишкова<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-1042-4275>, [veronika-1306@mail.ru](mailto:veronika-1306@mail.ru)

<sup>1</sup> Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины; 101000, Россия, Москва, Петроверигский переулок, д. 10

<sup>2</sup> Российский университет медицины; 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

## Резюме

Перенесенный острый или хронический стресс, а также состояние повышенной тревожности представляют собой факторы риска развития и прогрессирования множества распространенных хронических заболеваний, в т. ч. сердечно-сосудистых, эндокринологических, пульмонологических, онкологических и т. д. Особенностью данных состояний в сочетании с хроническими заболеваниями является их значимое влияние на мотивационный аспект приверженности терапии, в т. ч. немедикаментозным методам и здоровому образу жизни, что может многократно увеличивать риски осложненного течения хронического соматического заболевания. Актуальность выявления и коррекции тревожных и стрессовых расстройств в практике врачей амбулаторного звена обусловлена, с одной стороны, высокой частотой встречаемости данных состояний у пациентов с хроническими патологиями, ухудшением качества жизни и увеличением неблагоприятных исходов, а с другой – недостаточным уровнем осведомленности о возможностях их безопасной и эффективной коррекции. Терапевтические методы воздействия на состояния повышенной тревожности, в т. ч. в условиях хронического стресса, включают как медикаментозные, так и немедикаментозные методы, однако их эффективность, доступность и безопасность часто неравнозначны. В настоящей обзорной статье представлены наиболее частые варианты сочетания тревожных расстройств и хронических соматических заболеваний в амбулаторной практике. Рассмотрен вариант безопасной и эффективной борьбы с симптомами стресса и повышенной тревожности современными препаратами на основе растительных компонентов, оказывающими противотревожный, успокоительный и спазмолитический эффекты, которые могут быть рассмотрены как альтернатива применения традиционных анксиолитиков.

**Ключевые слова:** острый стресс, хронический стресс, тревога, тревожность, тревожные расстройства, хронические заболевания, этилбромизовалерианат, масло листьев мяты перечной, экстракт травы пустырника, экстракт листьев Melissa лекарственной, растительные препараты

**Для цитирования:** Шишкова В.Н. Эффективное воздействие на симптомы стресса и тревоги у пациентов с хроническими заболеваниями. *Медицинский совет*. 2024;18(3):178–184. <https://doi.org/10.21518/ms2024-100>.

**Конфликт интересов:** автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

## Effective treatment of stress and anxiety symptoms in patients with chronic diseases

Veronika N. Shishkova<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-1042-4275>, [veronika-1306@mail.ru](mailto:veronika-1306@mail.ru)

<sup>1</sup> National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine; 10, Petroverigskiy Lane, Moscow, 101990, Russia

<sup>2</sup> Russian University of Medicine; 20, Bldg. 1, Delegatskaya St., Moscow, 127473, Russia

## Abstract

Acute or chronic stress, as well as high anxiety condition constitute risk factors leading to the development and progression of many common chronic diseases, including cardiovascular, endocrinological, pulmonary, oncological diseases, etc. A particular feature of these conditions co-occurring with chronic diseases is their significant impact on the motivational aspect of medication compliance, including non-pharmaceutical treatments and a healthy lifestyle, which can increase manyfold the risk for complicated course of chronic somatic disease. On the one hand, the urgent need to identify and manage anxiety and stress disorders in the outpatient practice is caused by high incidence rates of these disorders in patients with chronic pathologies, deteriorated quality of life and increased adverse outcomes, and on the other hand, by inadequate awareness of the options available for safe and efficient correction of these disorders. Therapeutic approaches to the management of high anxiety conditions, in particular those under chronic stress, include both pharmaceutical and non-pharmaceutical treatments, but their efficiency, availability and safety are often not interchangeable. This review article presents the most common variants of anxiety disorders combined with chronic somatic diseases in outpatient practice. A safe and effective option to combat symptoms of stress and high anxiety using modern herbal medicines with anti-anxiety, sedative and antispasmodic effects that can be regarded as alternatives to conventional anxiolytics is considered.

**Keywords:** acute stress, chronic stress, anxiety, anxiety disorders, chronic diseases, ethylbromisovalerianate, peppermint leaf oil, motherwort herb extract, lemon balm leaf extract, herbal preparations

**For citation:** Shishkova VN. Effective treatment of stress and anxiety symptoms in patients with chronic diseases. *Meditsinskiy Sovet.* 2024;18(3):178–184. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-100>.

**Conflict of interest:** the author declares no conflict of interest.

## ВВЕДЕНИЕ

Согласно современной концепции о факторах риска развития и прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний, в частности сердечно-сосудистой патологии, значимая роль в их структуре отводится психосоциальным факторам, в число которых входят тревога, острый и хронический стресс, раздражение [1, 2]. Патологические механизмы, запускаемые психосоциальными факторами, и сопряженные с ними изменения различных показателей жизнедеятельности отражены в *табл. 1*.

## СТРЕСС И ЕГО ТРИГГЕРЫ

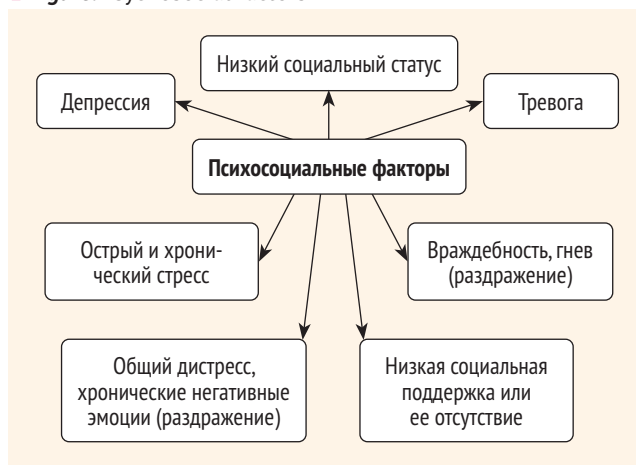
Произошедшие изменения за последние десятилетия в мире, несомненно, коснувшиеся образа и стиля жизни современных людей, представляют собой все, в т. ч. и негативные, последствия глобализации, цифровизации и информатизации. Эти изменения постепенно привели к резкому повышению ежедневной эмоциональной нагрузки, последовательной модификации образа мыслей и поведения современного человека (*рис.*). Возникшие и укрепившиеся нарушения в нормальном цикле «сон – бодрствование», несоблюдение ежедневного распределения времени на работу и отдых, многозадачность

● **Таблица 1.** Основные биологические механизмы, связанные с психосоциальными факторами риска (адаптировано из [5])

● **Table 1.** Main biological mechanisms related to psychosocial risk factors (adapted from [5])

Патофизиологические механизмы	Отклонения в лабораторных и инструментальных показателях
Дисфункция вегетативной нервной системы	Повышенный уровень катехоламинов в плазме/моче Сниженная активность блуждающего нерва Снижение вариабельности сердечного ритма Повышенная частота сердечных сокращений в состоянии покоя Снижение скорости восстановления сердечного ритма
Дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы	Сглаженный суточный профиль уровня кортизола Измененная реакция кортизола на пробуждение Гипер-/гипокортицизм
Эндотелиальная дисфункция	Снижение поток-опосредованной дилатации (при измерении в плечевой артерии)
Провоспалительное состояние	Повышенный уровень С-реактивного белка Повышенные уровни интерлейкина-6 и фактора некроза опухоли α
Протромботическое состояние	Повышенный уровень фибриногена, факторов свертывания крови, D-димера, фибрина Повышенная активность тромбоцитов

● **Рисунок.** Психосоциальные факторы  
● **Figure.** Psychosocial factors



и мультифункциональность современного трудового процесса, а также ощущаемый почти физически дефицит времени и обострившиеся в связи с этим проблемы межличностных взаимоотношений в сочетании с возрастающим чувством личного одиночества являются частыми триггерами, с которых начинается развитие острого или хронического стресса [2, 3]. Таким образом, в течение своей жизни современный человек вынужден постоянно сталкиваться со сложными ситуациями, требующими значимых усилий и сопровождающимися эмоциональным перенапряжением, однако, несмотря на все предпринятые действия, не всегда удается достичь желаемого результата. Приспосабливаясь и адаптируясь к постоянно меняющимся условиям и обстоятельствам жизни, человек испытывает множество негативных последствий, некоторые из которых могут иметь яркие клинические проявления непосредственно в момент событий, но большинство оказывают отсроченное влияние на состояние здоровья и исподволь подтачивают силы человеческого организма, приводя к клинической манифестации хронических заболеваний.

## НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ НЕГАТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ СТРЕССА НА ЗДОРОВЬЕ

Следует подчеркнуть, что неблагоприятное воздействие стресса на здоровье современного человека реализуется как через эндогенные патофизиологические механизмы (*табл. 1*), так и через поведенческие нарушения, которые могут обернуться дополнительными проблемами и дать старт новым хроническим заболеваниям [4–6].

Классическим вариантом такого поведенческого осложнения стресса является формирование избыточной массы тела и ожирения вследствие развития расстройств,

связанных с приемом пищи. Наиболее часто началу формирования нарушений пищевого поведения предшествует серьезная стрессовая ситуация, сопровождающаяся также развитием тревожного расстройства [7]. Далее к клинической картине присоединяется гиперфагическая реакция (переедание), которая становится своеобразной компенсаторной стратегией для уменьшения психоэмоционального напряжения и является упрощенной поведенческой реакцией, дающей кратковременное и лишь мнимое ощущение спокойствия. Таким образом, происходит запуск и закрепление стереотипного компенсирующего реагирования перееданием на стрессовые ситуации или состояние повышенной тревожности [8]. Следует подчеркнуть, что подобные стереотипные эпизоды переедания дают лишь кратковременное облегчение, поэтому часто повторяются. Необходимо отметить, что большинство пациентов с ожирением не осознают у себя наличия каких-либо расстройств, объясняя избыточность своего рациона питания особым пристрастием к вкусным блюдам или продуктам. Впоследствии у таких пациентов постепенно начинают возникать затруднения с самостоятельным прекращением приема пищи, теряется контроль над объемом съедаемого, исчезает или запаздывает чувство насыщения, тем самым еще больше способствуя постоянному перееданию [7].

В дальнейшем при сохранении психотравмирующих обстоятельств, приводящих к набору лишнего веса, у пациента начинают развиваться вторичные аффективные тревожные расстройства, связанные уже с негативным восприятием своего внешнего вида и переживаниями по поводу своей беспомощности в контроле над перееданием [8]. Следует подчеркнуть, что сочетание расстройств приема пищи с депрессивными или тревожными нарушениями может развиваться задолго до формирования клинически выраженного ожирения [9–12]. Была показана взаимосвязь между тяжестью течения аффективных расстройств, выраженностью нарушений пищевого поведения и прогрессированием ожирения [9, 13]. В исследованиях также было продемонстрировано, что расстройства пищевого поведения могут дополнительно увеличивать риск попытки суицида у пациентов с ожирением [14].

Однако психоэмоциональное напряжение, тревога или стресс могут способствовать развитию первичного ожирения не только за счет гиперфагических реакций и нерационального питания, но также за счет увеличения риска злоупотребления алкогольсодержащими напитками и усиления эффектов гиподинамии, что отражается на состоянии здоровья в будущем. Такие неблагоприятные поведенческие реакции могут приводить к быстрому развитию и прогрессированию наиболее распространенных хронических заболеваний – сердечно-сосудистых и сахарного диабета [15].

Таким образом, тесная связь повышенной тревожности и психоэмоционального напряжения, приводящая к формированию нарушений пищевого поведения и способствующая увеличению веса, а в дальнейшем закрепляющая реакцию переедания на стресс демонстрирует важность выявления и коррекции тревожных и стрессовых проявлений у пациентов на более ранних стадиях [16].

## СТРЕСС И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Следует отметить, что в настоящее время отмечается увеличение распространенности нарушений психического здоровья у населения большинства стран мира, при этом наиболее частыми являются тревожные расстройства и депрессия, являющиеся в т. ч. последствиями перенесенных острых и хронических стрессовых состояний [17].

Высокая распространенность депрессии и тревожных расстройств наиболее часто регистрируется среди пациентов с хронической сердечно-сосудистой патологией, хронической обструктивной болезнью легких, сахарным диабетом 1-го и 2-го типов, хронической болезнью почек и онкологическими заболеваниями [18–24]. Было показано, что в нашей стране распространенность тревожных расстройств среди населения в целом составляет около 18%, однако среди пациентов с хроническими заболеваниями частота встречаемости в несколько раз выше и достигает 50% [25, 26]. Следует отметить, что соматические заболевания и аффективные расстройства могут развиваться независимо друг от друга или быть взаимосвязанными на разных этапах своего формирования и прогрессирования. Важные психологические аспекты такой коморбидности заключаются в том, что пациенты неохотно признают наличие аффективных расстройств или даже не осознают их наличие ввиду маскирования физических симптомов тревоги проявлениями имеющихся соматических заболеваний [2].

Наиболее хорошо изучена взаимосвязь тревожных расстройств и стресса с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Было показано, что тревожные расстройства связаны с основными неблагоприятными сердечно-сосудистыми событиями, повторной госпитализацией и смертью независимо от традиционных факторов риска [27, 28]. Также перенесенный острый или хронический стресс связан почти с 2–3-кратным увеличением риска ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и инсульта [29–31].

Согласно результатам современных исследований, стресс также повышает риск развития сахарного диабета, хронических болезней органов дыхания и онкологических заболеваний в среднем в 1,5–2,5 раза [19, 20, 32–38].

## ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ

В настоящее время для врачей-интернистов доступны опубликованные алгоритмы ведения амбулаторных пациентов с хроническими заболеваниями и симптомами тревожного расстройства [39]. Учитывая загруженность амбулаторных врачей, предложен краткий скрининг тревожных расстройств, который не занимает много времени. При выявлении у пациентов следующих симптомов: необоснованного чувства тревоги, страха смерти или неминуемой катастрофы, жалоб на затруднение дыхания, головокружение и потливость при сильном волнении, а также появление «кома в горле» и различных жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта врач проводит скрининг по выявлению и оценке степени выраженности тревожных расстройств. Для определения степени

- Таблица 2. Опросник ГТР-7
- Table 2. Questionnaire GAD-7

Как часто вы замечали за собой в течение последних двух недель следующее?	Не беспокоили	Несколько дней	Более половины дней	Практически каждый день
Нервозность или тревожность, чувство, что вы «на пределе»	0	1	2	3
Неспособность остановить или контролировать беспокойство	0	1	2	3
Слишком сильное беспокойство о разных вещах	0	1	2	3
Вы не можете расслабиться	0	1	2	3
Суетливость, вам трудно оставаться на месте	0	1	2	3
Вы легко раздражаетесь	0	1	2	3
Опасение того, что может случиться что-то ужасное	0	1	2	3
Общее количество баллов		+ ____	+ ____	+ ____

Сумма баллов	Уровень тревожности
0–4	минимальный
5–9	умеренный
10–14	средний
15–21	высокий

выраженности тревоги можно применять опросник генерализованного тревожного расстройства (ГТР-7) (табл. 2), разработанный для применения в практике врача амбулаторного звена [38].

Пациентам со средним и более высоким уровнем тревоги, т. е. набравшим более 10 баллов по опроснику, необходима дальнейшая диагностика в рамках психиатрического консультирования для верификации диагноза. Пациентам с уровнем тревоги до умеренного (набравшим менее 10 баллов по опроснику) возможно сразу назначение противотревожной терапии и обсуждение профилактических стратегий.

Традиционно методы коррекции и профилактики тревожных состояний и стресса подразделяются на медикаментозные и немедикаментозные. В качестве основной профилактической рекомендации можно предложить участие в тренингах по получению навыков в области управления стрессом. Обучение навыкам стрессоустойчивости позволит справляться с различными стрессовыми ситуациями, содействовать поддержанию здорового образа жизни, повышать приверженность терапии хронических соматических заболеваний и улучшать качество жизни [25]. В отношении немедикаментозной коррекции было показано, что контролируемая физическая активность, применение техник релаксации, когнитивно-поведенческая терапия, а также групповое и индивидуальное психотерапевтическое вмешательство способствуют снижению выраженности эмоционального напряжения, тревожных и депрессивных симптомов, улучшению общего самочувствия, эмоционального фона и результатов лечения хронических соматических заболеваний [40–43].

Медикаментозная терапия тревожных и постстрессорных нарушений, согласно современным клиническим

руководствам, включает применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина, а также бензодиазепиновых анксиолитиков. Следует отметить, что данная терапия не всегда безопасна и имеет свои ограничения, особенно у пациентов с различными хроническими заболеваниями и пожилых больных [44]. Не рекомендуется назначать селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина пациентам с гипертонической болезнью. Применение любых антидепрессантов при наличии хронической сердечной недостаточности связано с повышенным риском как сердечной, так и общей смертности, поэтому пациентов с заболеваниями сердца и тяжелыми психоэмоциональными расстройствами необходимо курировать совместно с психиатрами, обсуждая возможность безопасного лечения [44–47]. Следует обращать внимание и на аспект межлекарственных взаимодействий, т. к. совместное применение антидепрессантов и базовой терапии у пациентов с любыми хроническими соматическими заболеваниями сопряжено с повышенным риском нежелательных реакций.

Следующая группа противотревожных препаратов, применяемых в практике, – бензодиазепиновые анксиолитики. Необходимо отметить, что нецелесообразно их применение у пациентов с зависимостью или риском формирования зависимости от психоактивных веществ. Также не рекомендуется их назначение пожилым пациентам в связи с повышением риска нарушений координации и падений, сопровождающихся травмами и переломами. Показано, что бензодиазепиновые анксиолитики могут вызвать зависимость и «синдром отмены» при резком прекращении терапии, который проявляется ухудшением состояния и усилением тревоги. Также их применение ограничивается значимыми побочными эффектами: выраженной седацией, дневной сонливостью, головокружением, нарушением координации, снижением концентрации внимания и памяти, нарушением психомоторных функций [44]. Таким образом, для пациентов с хроническим соматическим заболеванием, особенно в пожилом возрасте, назначение препаратов данной группы может

повлечь за собой не только ухудшение качества жизни, но и представлять угрозу для состояния здоровья ввиду наличия множества нежелательных реакций.

В настоящее время в широкой доступности появились эффективные и безопасные фитопрепараты, которые с успехом могут применяться в качестве симптоматической терапии основных проявлений стресса и тревоги у большинства амбулаторных пациентов [48]. Это препараты Корвалол Фито и Корвалол Фитокомфорт, разработанные и произведенные отечественной компанией «Фармстандарт».

Препарат Корвалол Фито содержит в своем составе этилбромизовалерианат, экстракт травы пустырника и масло листьев мяты перечной; выпускается в двух лекарственных формах – таблетках и каплях для приема внутрь. Необходимо подчеркнуть, что активные компоненты препарата Корвалол Фито обладают фармакодинамическим синергизмом в отношении основных терапевтических эффектов.

Этилбромизовалерианат представляет собой этиловый эфир альфа-бромизовалериановой кислоты, при этом оказывает эффекты, схожие с препаратами валерианы: седативный, спазмолитический, обусловленный раздражением рецепторов полости рта и носоглотки, снижением рефлекторной возбудимости и усилением торможения в отделах центральной нервной системы, а также снижением активности сосудодвигательных центров и прямым действием на гладкомышечные клетки. Масло листьев мяты перечной также оказывает рефлекторное спазмолитическое и вазодилатирующее действие, а экстракт травы пустырника обладает седативным, умеренным гипотензивным и кардиотоническим действиями [48, 49].

Таким образом, гармоничное сочетание этилбромизовалерианата с растительными компонентами дает возможность усилить положительные эффекты комбинации за счет функционального синергизма, создавая гармоничную композицию быстрого реагирования для купирования эмоциональных проявлений стресса и тревоги.

Показаниями для назначения препарата Корвалол Фито являются функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы, неврозоподобные состояния, сопровождающиеся повышенной раздражительностью и возбудимостью, а также нарушения засыпания и состояния возбуждения с выраженными вегетативными проявлениями, в т. ч. и спазмы кишечника. Назначается Корвалол Фито по 1 таблетке 2 раза в день или по 30 капель для приема внутрь 3 раза в день до еды, при этом таблетки следует запивать водой, а капли предварительно необходимо растворить в 30–40 мл воды. Рекомендованный курс лечения составляет 28 дней (4 нед.), продолжительность может


быть увеличена при необходимости. В целом Корвалол Фито представляет собой эффективное симптоматическое средство при функциональных расстройствах с ярким акцентом на коррекцию таких проявлений невроза и повышенной возбудимости, как раздражительность, эмоциональную лабильность, эксплозивность.

Иной клинический акцент у препарата Корвалол Фитокомфорт, в состав которого, помимо экстракта травы пустырника и масла листьев мяты перечной, входит другой растительный компонент – экстракт листьев мелиссы лекарственной, оказывающий свое действие за счет снижения повышенной возбудимости центральной нервной системы и обладающий анксиолитическим профилем. Такое важное дополнение к спазмолитическому, кардиотоническому и седативному эффектам композиции препарата Корвалол Фитокомфорт обогащает спектр его терапевтических возможностей выраженным противотревожным действием. Выпускается препарат Корвалол Фитокомфорт в форме таблеток. Назначается Корвалол Фитокомфорт по 1 таблетке 2 раза в день до еды, рекомендованный курс лечения составляет также 28 дней (4 нед.), который при необходимости можно продолжить.

Препараты Корвалол Фито и Корвалол Фитокомфорт не содержат в своем составе фенобарбитал, длительное применение которого может формировать привыкание.

Следует отметить, что на сегодняшний день имеются данные о клинической эффективности седативных комбинированных фитопрепаратов, их хорошей переносимости и безопасности у пациентов с различными хроническими соматическими, в т. ч. сердечно-сосудистыми заболеваниями [48–53].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в арсенале врача появились комбинированные растительные препараты – Корвалол Фито и Корвалол Фитокомфорт, не содержащие в составе фенобарбитал, которые можно назначать пациентам с сопутствующими хроническими заболеваниями для купирования симптомов тревожности и раздражительности. Низкий риск нежелательных явлений и реакций межлекарственного взаимодействия обеспечивают растительным седативным препаратам линейки Корвалол благоприятный профиль безопасности. Корвалол Фито и Корвалол Фитокомфорт являются хорошей альтернативой традиционным анксиолитикам при выборе первого шага для купирования состояний, связанных со стрессом, и тревожности у коморбидных пациентов. 

Поступила / Received 16.02.2024  
Поступила после рецензирования / Revised 07.03.2024  
Принята в печать / Accepted 12.03.2024

## Список литературы / References

1. Драпкина ОМ, Концевая АВ, Калинина АМ, Авдеев СН, Агальцов МВ, Александрова ЛМ и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(4):3235. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235>.
2. Драпкина ОМ, Шишкова ВН, Котова МБ. Психосоциальные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторной

Alexandrova LM et al. 2022 Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National guidelines. *Cardiovascular Therapy and Prevention (Russian Federation)*. 2022;21(4):3235. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235>.

2. Драпкина ОМ, Шишкова ВН, Котова МБ. Психосоциальные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторной

- практике. Методические рекомендации для терапевтов. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(10):3438. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3438>.
- Drapkina OM, Shishkova VM, Kotova MB. Psychoemotional risk factors for non-communicable diseases in outpatient practice. Guidelines for internists. *Cardiovascular Therapy and Prevention (Russian Federation)*. 2022;21(10):3438. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3438>.
3. Котова МБ, Розанов ВБ, Александров АА, Драпкина ОМ. Ассоциация психосоциального стресса с социально-психологической средой, образом жизни и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин среднего возраста, проживающих в г. Москве. *Российский кардиологический журнал*. 2021;26(5):4335. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4335>.
  4. Kotova MB, Rozanov VB, Aleksandrov AA, Drapkina OM. Association of psychosocial stress with the social environment, lifestyle and risk factors for cardiovascular diseases in middle-aged male Muscovites. *Russian Journal of Cardiology*. 2021;26(5):4335. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4335>.
  5. Ronaldson A, Arias de la Torre J, Prina M, Armstrong D, Das-Munshi J, Hatch S, Stewart R, Hotopf M, Dregan A. Associations between physical multimorbidity patterns and common mental health disorders in middle-aged adults: A prospective analysis using data from the UK Biobank. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;8:100149. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100149>.
  6. Albus C, Waller C, Fritzsche K, Gunold H, Haass M, Hamann B et al. Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018: Position paper of the German Cardiac Society. *Clin Res Cardiol*. 2019;108(11):1175–1196. <https://doi.org/10.1007/s00392-019-01488-w>.
  7. Шишкова ВН. Проблемы старения и заместительная гормональная терапия у женщин в постменопаузе. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2013;13(2):42–47. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/rossijskij-vestnik-akushera-ginekologa/2013/2/031726-6122201329?ysclid=ltpu96bnmw652162835>.
  8. Shishkova VN. Aging problems and hormone replacement therapy in postmenopausal women. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2013;13(2):42–47. Available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/rossijskij-vestnik-akushera-ginekologa/2013/2/031726-6122201329?ysclid=ltpu96bnmw652162835>.
  9. Шишкова ВН. Ожирение в зеркале психоэмоциональных нарушений: фокус на фармакотерапию. *Фармация и фармакология*. 2022;10(1):19–30. <https://doi.org/10.19163/2307-9266-2022-10-1-19-30>.
  10. Shishkova VN. Obesity as a reflection of psycho-emotional disorders: focus on pharmacotherapy. *Farmatsiya i Farmakologiya*. 2022;10(1):19–30. (In Russ.) <https://doi.org/10.19163/2307-9266-2022-10-1-19-30>.
  11. Дедов ИИ, Мокрышева НГ, Мельниченко ГА, Трошина ЕА, Мазурина НВ, Ершова ЕВ и др. Ожирение. *Consilium Medicum*. 2021;23(4):311–325. Режим доступа: <https://consilium.orscience.ru/2075-1753/article/view/95436>.
  12. Dedov II, Mokrysheva NG, Melnichenko GA, Troshina EA, Mazurina NV, Ershova EV et al. Obesity. *Consilium Medicum*. 2021;23(4):311–325. (In Russ.) Available at: <https://consilium.orscience.ru/2075-1753/article/view/95436>.
  13. Вознесенская ТТ. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция. *Фарматека*. 2009;(12):91–94. Режим доступа: <https://pharmateca.ru/ru/archive/article/7570>.
  14. Voznesenskaya TG. Eating behavior disorders in obesity and their correction. *Farmateka*. 2009;(12):91–94. (In Russ.) Available at: <https://pharmateca.ru/ru/archive/article/7570>.
  15. Schag K, Schönleber J, Teufel M, Zipfel S, Giel KE. Food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder – a systematic review. *Obes Rev*. 2013;14(6):477–495. <https://doi.org/10.1111/obr.12017>.
  16. Kessler RM, Hutson PH, Herman BK, Potenza MN. The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016;63:223–238. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.01.013>.
  17. Welch E, Jangmo A, Thornton LM, Norring C, von Hausswolff-Juhlin Y, Herman BK et al. Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: clinical course and psychiatric comorbidity. *BMC Psychiatry*. 2016;16:163. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0840-7>.
  18. Mason TB, Lewis RJ. Profiles of binge eating: the interaction of depressive symptoms, eating styles, and body mass index. *Eat Disord*. 2014;22(5):450–460. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.931766>.
  19. Pisetsky EM, Thornton LM, Lichtenstein P, Pedersen NL, Bulik CM. Suicide attempts in women with eating disorders. *J Abnorm Psychol*. 2013;122(4):1042–1056. <https://doi.org/10.1037/a0034902>.
  20. Шишкова ВН. Механизмы развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета типа 2: роль инсулинорезистентности, гиперинсулинемии и гипoadипонектиемии. Вопросы коррекции. *Системные гипертензии*. 2014;11(2):48–53. Режим доступа: <https://www.syst-hypertension.ru/jour/article/view/351>.
  21. Shishkova VN. The mechanisms of development cardiovascular disease and type 2 diabetes: the role of insulin resistance, hyperinsulinemia and hypoadiponectinemia. Treatment and management. *Systemic Hypertension*. 2014;11(2):48–53. (In Russ.) Available at: <https://www.syst-hypertension.ru/jour/article/view/351>.
  22. Малкина-Пых ИГ. *Терапия пищевого поведения*. М.: Эксмо; 2007. 1040 с.
  23. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7).
  24. Osborne MT, Shin LM, Mehta NN, Pitman RK, Fayad ZA, Tawakol A. Disentangling the Links Between Psychosocial Stress and Cardiovascular Disease. *Circ Cardiovasc Imaging*. 2020;13(8):e010931. <https://doi.org/10.1161/CIRCIMAGING.120.010931>.
  25. Crump C, Sundquist J, Winkleby MA, Sundquist K. Stress resilience and subsequent risk of type 2 diabetes in 1.5 million young men. *Diabetologia*. 2016;59(4):728–735. <https://doi.org/10.1007/s00125-015-3846-7>.
  26. Harris ML, Oldmeadow C, Hure A, Luu J, Loxton D, Attia J. Stress increases the risk of type 2 diabetes onset in women: A 12-year longitudinal study using causal modelling. *PLoS ONE*. 2017;12(2):e0172126. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172126>.
  27. Xiao T, Qiu H, Chen Y, Zhou X, Wu K, Ruan X et al. Prevalence of anxiety and depression symptoms and their associated factors in mild COPD patients from community settings, Shanghai, China: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):89. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1671-5>.
  28. Шишкова ВН, Устарбекова ДБ, Шишков ВА, Имамгаязова КЭ, Капустина ЛА. Психоэмоциональные нарушения у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. *Терапия*. 2022;1(4):44–49. <https://doi.org/10.18565/therapy.2022.1.44-49>.
  29. Shishkova VN, Ustarbekova DB, Shishkov VA, Imamgayazova KE, Kapustina LA. Psycho-emotional disorders in chronic heart failure patients. *Therapy*. 2022;1(4):44–49. (In Russ.) <https://doi.org/10.18565/therapy.2022.1.44-49>.
  30. Krebber AM, Buffart LM, Kleijn G, Riepma IC, de Bree R, Leemans CR et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology*. 2014;23(2):121–130. <https://doi.org/10.1002/pon.3409>.
  31. Booth J, Connelly L, Lawrence M, Chalmers C, Joice S, Becker C, Dougall N. Evidence of perceived psychosocial stress as a risk factor for stroke in adults: a meta-analysis. *BMC Neurol*. 2015;15:233. <https://doi.org/10.1186/s12883-015-0456-4>.
  32. Pogossova N, Saner H, Pedersen SS, Cupples ME, McGee H, Höfer S et al. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*. 2015;22(10):1290–1306. <https://doi.org/10.1177/2047487314543075>.
  33. Шальнова СА, Евстифеева СЕ, Деев АД, Артамонова ГВ, Гагагонова ТМ, Дупляков ДВ и др. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ). *Терапевтический архив*. 2014;86(12):53–60. <https://doi.org/10.17116/terarkh2014861253-60>.
  34. Shalnova SA, Evstifeeva SE, Deev AD, Artamonova GV, Gatagonova TM, Duplyakov DV et al. The prevalence of anxiety and depression in different regions of the Russian Federation and its association with sociodemographic factors (according to the data of the ESSE-RF study). *Terapevticheskii Arkhiv*. 2014;86(12):53–60. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/terarkh2014861253-60>.
  35. Celano CM, Millstein RA, Bedoya CA, Healy BC, Roest AM, Huffman JC. Association between anxiety and mortality in patients with coronary artery disease: A meta-analysis. *Am Heart J*. 2015;170(6):1105–1115. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2015.09.013>.
  36. Albus C, Waller C, Fritzsche K, Gunold H, Haass M, Hamann B, et al. Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018: Position paper of the German Cardiac Society. *Clin Res Cardiol*. 2019;108(11):1175–1196. <https://doi.org/10.1007/s00392-019-01488-w>.
  37. Nielsen NR, Kristensen TS, Prescott E, Larsen KS, Schnohr P, Grønbaek M. Perceived stress and risk of ischemic heart disease: causation or bias? *Epidemiology*. 2006;17(4):391–397. <https://doi.org/10.1097/01.ede.0000220556.86419.76>.
  38. Liu MY, Li N, Li WA, Khan H. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurol Res*. 2017;39(6):573–580. <https://doi.org/10.1080/01616412.2017.1317904>.
  39. Richardson S, Shaffer JA, Falzon L, Krupka D, Davidson KW, Edmondson D. Meta-analysis of perceived stress and its association with incident coronary heart disease. *Am J Cardiol*. 2012;110(12):1711–1716. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2012.08.004>.
  40. Tenk J, Mátrai P, Hegyi P, Rostás I, Garami A, Szabó I et al. Perceived stress correlates with visceral obesity and lipid parameters of the metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2018;95:63–73. <https://doi.org/10.1016/j.psneuen.2018.05.014>.
  41. McLachlan KJ, Gale CR. The effects of psychological distress and its interaction with socioeconomic position on risk of developing four chronic diseases. *J Psychosom Res*. 2018;109:79–85. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.04.004>.

34. Pembroke TP, Rasul F, Hart CL, Davey Smith G, Stansfeld SA. Psychological distress and chronic obstructive pulmonary disease in the Renfrew and Paisley (MIDSPAN) study. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(9):789–792. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.042150>.
35. Jafri SH, Ali F, Mollaeian A, Mojiz Hasan S, Hussain R, Akkanti B et al. Major Stressful Life Events and Risk of Developing Lung Cancer: A Case-Control Study. *Clin Med Insights Oncol*. 2019;13:1179554919835798. <https://doi.org/10.1177/1179554919835798>.
36. Wang L, Liao WC, Tsai CJ, Wang LR, Mao IF, Chen CC et al. The effects of perceived stress and life style leading to breast cancer. *Women Health*. 2013;53(1):20–40. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.732680>.
37. Yang T, Qiao Y, Xiang S, Li W, Gan Y, Chen Y. Work stress and the risk of cancer: A meta-analysis of observational studies. *Int J Cancer*. 2019;144(10):2390–2400. <https://doi.org/10.1002/ijc.31955>.
38. Sara JDS, Toya T, Ahmad A, Clark MM, Gilliam WP, Lerman LO, Lerman A. Mental Stress and Its Effects on Vascular Health. *Mayo Clin Proc*. 2022;97(5):951–990. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2022.02.004>.
39. Шишкова ВН, Драницына БГ, Драпкина ОМ. Алгоритмы ведения пациентов с тревогой в практике терапевта. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(2):3526. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2023-3526>. Shishkova VN, Dranitsyna BG, Drapkina OM. Algorithms for the management of patients with anxiety in the internist's practice. *Cardiovascular Therapy and Prevention (Russian Federation)*. 2023;22(2):3526. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2023-3526>.
40. Crawshaw J, Auyeung V, Norton S, Weinman J. Identifying psychosocial predictors of medication non-adherence following acute coronary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2016;90:10–32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.09.003>.
41. Kessing D, Denollet J, Widdershoven J, Kupper N. Psychological Determinants of Heart Failure Self-Care: Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med*. 2016;78(4):412–431. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000270>.
42. Boehm JK, Kubzansky LD. The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychol Bull*. 2012;138(4):655–691. <https://doi.org/10.1037/a0027448>.
43. Thompson DR, Ski CF. Psychosocial interventions in cardiovascular disease--what are they? *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20(6):916–917. <https://doi.org/10.1177/2047487313494031>.
44. Александровский ЮА, Незнанов НГ (ред.). *Психиатрия: национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020. 1008 с.
45. He W, Zhou Y, Ma J, Wei B, Fu Y. Effect of antidepressants on death in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev*. 2020;25(6):919–926. <https://doi.org/10.1007/s10741-019-09850-w>.
46. Honkola J, Hookana E, Malinen S, Kaikkonen KS, Junttila MJ, Isohanni M et al. Psychotropic medications and the risk of sudden cardiac death during an acute coronary event. *Eur Heart J*. 2012;33(6):745–751. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehf368>.
47. Шишкова ВН. Стратегия ведения и профилактики психоэмоциональных нарушений в практике терапевта. *Медицинский совет*. 2023;(6):76–82. <https://doi.org/10.21518/ms2023-077>. Shishkova VN. Strategy for the management and prevention of psycho-emotional disorders in the GP's practice. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;(6):76–82. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-077>.
48. Шавловская ОА. Препараты растительного происхождения в терапии тревожных состояний. *Медицинский алфавит*. 2017;2(15):28–32. Режим доступа: <https://www.med-alphabet.com/jour/article/view/185>. Shavlovskaya OA. Therapy of anxiety disorders with herbal drugs. *Medical Alphabet*. 2017;2(15):28–32. (In Russ.) Available at: <https://www.med-alphabet.com/jour/article/view/185>.
49. Шавловская ОА. Терапия тревожных состояний. *Медицинский совет*. 2019;(6):42–46. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-6-42-46>. Shavlovskaya OA. Anxiety Therapy. *Meditsinskiy Sovet*. 2019;(6):42–46. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-6-42-46>.
50. Shikov AN, Pozharitskaya ON, Makarov VG, Demchenko DV, Shikh EV. Effect of Leonurus cardiaca oil extract in patients with arterial hypertension accompanied by anxiety and sleep disorders. *Phytother Res*. 2011;25(4):540–543. <https://doi.org/10.1002/ptr.3292>.
51. Cases J, Ibarra A, Feuillère N, Roller M, Sukkar SG. Pilot trial of Melissa officinalis L. leaf extract in the treatment of volunteers suffering from mild-to-moderate anxiety disorders and sleep disturbances. *Med J Nutrition Metab*. 2011;4(3):211–218. <https://doi.org/10.1007/s12349-010-0045-4>.
52. Шишкова ВН. Простые и эффективные решения в коррекции тревоги и стресса. *Медицинский совет*. 2023;(3):161–167. <https://doi.org/10.21518/ms2023-023>. Shishkova VN. Simple and effective solutions in the correction of anxiety and stress. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;(3):161–167. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-023>.
53. Девликамова ФИ, Хайбуллина ДХ, Максимов ЮН, Кадырова ЛР. Тревожные расстройства в обшечлинической практике. *Медицинский совет*. 2023;(6):95–102. <https://doi.org/10.21518/ms2023-094>. Devlikamova FI, Khaibullina DKh, Maksimov YuN, Kadyrova LR. Anxiety disorders in general clinical practice. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;(6):95–102. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-094>.

### Информация об авторе:

**Шишкова Вероника Николаевна**, д.м.н., ведущий научный сотрудник, руководитель отдела профилактики когнитивных и психоэмоциональных нарушений, Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины; 101000, Россия, Москва, Петроверигский переулок, д. 10; доцент кафедры терапии и профилактической медицины, Российский университет медицины; 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1; [veronika-1306@mail.ru](mailto:veronika-1306@mail.ru)

### Information about the author:

**Veronika N. Shishkova**, Dr. Sci. (Med.), Leading Researcher, Head of the Department for the Prevention of Cognitive and Psychoemotional Events, National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine; 10, Petroverigskiy Lane, Moscow, 101990, Russia; Associate Professor of the Department of Therapy and Preventive Medicine, Russian University of Medicine; 20, Bldg. 1, Delegatskaya St., Moscow, 127473, Russia; [veronika-1306@mail.ru](mailto:veronika-1306@mail.ru)