

Стресс-индуцированные реакции в практике врача первичного звена

Е.Ю. Эбзеева^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0001-6573-4169>, veta-veta67@mail.ru

О.Д. Остроумова^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-0795-8225>, ostroumova.olga@mail.ru

Н.А. Плотникова¹, <https://orcid.org/0000-0001-5454-9339>, na_tasah_90@mail.ru

С.В. Литвинова¹, <https://orcid.org/0000-0003-1316-7654>, batyukina.svetlana@yandex.ru

Т.В. Филиппова¹, <https://orcid.org/0009-0004-7241-0938>, atv-tess@mail.ru

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования; 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1

² Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1

Резюме

Тревожные расстройства представляют собой одну из наиболее распространенных групп психических заболеваний в популяции и в общемедицинской практике. Эти расстройства могут проявляться в различных формах и оказывать значительное влияние на качество жизни пациентов, приводя к повышенной заболеваемости и частым обращениям за медицинской помощью. Психовегетативные нарушения как проявления и следствие стресс-индуцированных реакций играют важную роль в развитии и осложненном течении различных хронических неинфекционных заболеваний, включая сердечно-сосудистые заболевания. Значительно ухудшается качество жизни пациентов, что приводит к снижению физической активности, ухудшению общего самочувствия и, как следствие, увеличению числа неблагоприятных исходов. Наряду с этим существует недостаточный уровень осведомленности врачей о рисках, связанных с психоэмоциональным и физическим состоянием пациентов в условиях стресса. Коррекция стресс-индуцированных нарушений включает разные подходы, применяют как медикаментозные, так и немедикаментозные методы. При выборе медикаментозного лечения особое внимание уделяется нескольким ключевым факторам, среди которых важнейшими являются доступность и хорошая переносимость препарата, эффективность и высокий профиль безопасности. Лекарственное средство для лечения стресс-индуцированного психовегетативного синдрома в терапевтических дозах должно способствовать быстрому купированию вегетативной дисфункции, восстановлению сна, эффективному снижению повышенного уровня тревожности, улучшению качества жизни пациента. Современные принципы терапии различных заболеваний определяют назначение в качестве стартовой терапии фиксированных комбинаций лекарственных средств с целью повышения эффективности проводимого лечения.

Ключевые слова: стресс, тревожное расстройство, психовегетативный синдром, качество жизни

Для цитирования: Эбзеева ЕЮ, Остроумова ОД, Плотникова НА, Литвинова СВ, Филиппова ТВ. Стресс-индуцированные реакции в практике врача первичного звена. *Медицинский совет*. 2025;19(3):145–150. <https://doi.org/10.21518/ms2025-083>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Stress-induced conditions in the practice of primary care physicians

Elizaveta Yu. Ebzeeva^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0001-6573-4169>, veta-veta67@mail.ru

Olga D. Ostroumova^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-0795-8225>, ostroumova.olga@mail.ru

Natalya A. Plotnikova¹, <https://orcid.org/0000-0001-5454-9339>, na_tasah_90@mail.ru

Svetlana V. Litvinova¹, <https://orcid.org/0000-0003-1316-7654>, batyukina.svetlana@yandex.ru

Tatiana V. Filippova¹, <https://orcid.org/0009-0004-7241-0938>, atv-tess@mail.ru

¹ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education; 2/1, Bldg. 1, Barrikadnaya St., Moscow, 125993, Russia

² Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119021, Russia

Abstract

Anxiety disorders represent one of the most common groups of mental illness in the population and in general medical practice. These disorders can manifest in various forms and have a significant impact on the quality of life of patients, leading to increased morbidity and frequent calls for medical help. Psychoemotional disorders play an important role in the development and complicated course of various chronic non-communicable diseases, including cardiovascular diseases. The quality of life of patients significantly deteriorates, which leads to a decrease in physical activity, a deterioration in general well-being and, as a result, an increase in the number of adverse outcomes. On the other hand, there is an insufficient level of awareness among physicians of the risks associated with the psycho-emotional state of patients. Correction of psychoemotional disorders includes different approaches, both drug and non-drug methods of treatment are used. When choosing a drug, special attention is paid to several key factors, among which the most important are good tolerability of the drug, effectiveness and a high safety pro-

file. A drug for the treatment of stress-induced psychovegetative syndrome in therapeutic doses should contribute to the rapid relief of autonomic dysfunction, restoration of sleep, effective reduction of elevated levels of anxiety, and improvement of the patient's quality of life.

Keywords: stress, anxiety disorder, psychovegetative syndrome, quality of life

For citation: Ebzeeva EYu, Ostroumova OD, Plotnikova NA, Litvinova SV, Filippova TV. Stress-induced conditions in the practice of primary care physicians. *Meditsinskiy Sovet*. 2025;19(3):145–150. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-083>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время отмечается тенденция к постоянному росту числа стрессогенных факторов, негативно влияющих на здоровье человека и его профессиональный успех [1–3]. Исследования показывают, что люди с психоэмоциональными расстройствами умирают в среднем на 20 лет раньше, чем общая популяция [4]. Такое сокращение продолжительности жизни чаще всего связано с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), являющимися основной причиной смерти в данной категории [4]. Развитие ССЗ существенно повышает риск возникновения психоэмоциональных расстройств. Было показано, что вероятность формирования различных психических и эмоциональных нарушений у людей с ССЗ возрастает в 2–3 раза по сравнению со здоровыми лицами [5, 6]. Согласно крупным опросам, тревожными расстройствами страдает до 33,7% населения в течение жизни [7]. А по данным Американской психологической ассоциации, 41% взрослых из 122 стран мира в 2021 г. сообщили, что испытывают сильный стресс¹. Следует подчеркнуть значимый вклад пандемии COVID-19, которая оказала глубокое воздействие на психическое здоровье населения, вызвав значительный рост числа тревожных и депрессивных расстройств, влияющих как на прогноз, так и на качество жизни пациентов [4]. В то же время, несмотря на существование тесной взаимосвязи между психосоциальными факторами и физическим здоровьем, она часто остается незамеченной или недооценивается в повседневной клинической практике со стороны врачей общего профиля [4].

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК ФАКТОР РИСКА В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Психоэмоциональные факторы риска (ФР) играют значительную роль в развитии ССЗ и других хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Они включают широкий спектр нарушений эмоциональной сферы и изменений настроения, вызванных различными внешними и внутренними причинами [4]. К основным группам психоэмоциональных ФР, которые увеличивают риск возникновения и прогрессирования ССЗ и ХНИЗ, относятся острое и хроническое психоэмоциональное напряжение (стресс), тревожные и депрессивные состояния [4]. Следует подчеркнуть, что психоэмоциональные ФР оказывают крайне негативное влияние на качество жизни

пациентов, существенно усложняют лечение ХНИЗ и снижают приверженность к здоровому образу жизни [4, 8].

По данным эпидемиологических исследований, тревожные расстройства затрагивают примерно 5–7% всего населения. Однако этот показатель варьируется в зависимости от региона и возраста исследуемой выборки. В общемедицинской практике тревожные расстройства диагностируются у около 25% пациентов. Это означает, что каждый четвертый человек, обращающийся за медицинской помощью, имеет признаки тревожного расстройства [9].

Тревожные состояния являются независимыми ФР ишемической болезни сердца (ИБС), кардиальных осложнений и смерти после инфаркта миокарда (ИМ). Была показана значительная связь тревожных расстройств и риска острого коронарного синдрома [10]. Тревожные расстройства особенно увеличивают риск возникновения и развития ССЗ в мужской популяции [11] и представляют прогностический риск для последующих серьезных неблагоприятных коронарных событий (ИМ, левожелудочковая недостаточность, инсульт) у лиц с установленными ССЗ [4, 10].

Клинические проявления тревожности представляют собой реакцию организма человека на неизвестную внутреннюю опасность, в чем заключается ее коренное отличие от страха, при котором опасность внешняя и определенная [12].

В норме тревога служит важным механизмом адаптации и является защитным сигналом. Она развивается как ответ организма в условиях воздействия стресса и имеет психическую (ощущение внутреннего напряжения, мрачных предчувствий) и соматическую (в виде симптомов вегетативной дисфункции) составляющие [13, 14]. Тревога позволяет человеку подготовиться к возможным трудностям и принять меры предосторожности. В развитии данной реакции принимают активное участие эндокринная, нервная и мышечная системы [4]. Однако чрезмерная или постоянная тревога может стать патологией, приводящей к тревожным расстройствам. В таком случае защитные механизмы выходят из-под контроля, вызывая дискомфорт и ухудшая качество жизни. Клиника тревожного расстройства также может включать нарушения сна различного характера. Риск развития нарушений сна на фоне тревожного расстройства возрастает в 1,39–4,24 раза [15]. Объективные исследования сна у людей с тревожными расстройствами подтверждают значительные изменения в структуре и качестве сна по сравнению со здоровыми людьми. Снижается общая продолжительность сна, увеличивается время засыпания, вариации в архитектуре глубокого сна (сна NREM) и снижение его эффективности по сравнению со здоровыми контрольными группами [16–18].

¹ Stress in America 2022. American Psychological Association. Available at: <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2022/concerned-future-inflation>.

Сон представляет собой значимый механизм, обеспечивающий физическое и психологическое благополучие организма, и включает два качественно различных состояния: медленный (ортодоксальный, или NREM-фаза) и быстрый (парадоксальный, или REM-фаза) сон [19].

Фаза медленного сна играет важнейшую роль в процессах восстановления и обновления организма. Во время этой фазы доминирует парасимпатическая нервная система, что обеспечивает состояние покоя и релаксации: замедляется сердечный ритм, снижается артериальное давление и расслабляются мышцы. Во время медленного сна происходит активная выработка ряда гормонов, играющих ключевую роль в обновлении организма [20–24]. Во время быстрого сна (REM-фазы) происходят процессы, связанные с обработкой информации и формированием памяти, происходит обмен информацией между сознанием и подсознанием [24, 25].

В основе коморбидности тревожных расстройств и нарушений сна лежит общий патогенетический механизм, связанный с гиперактивацией, дисрегуляцией нейротрансмиссивных систем, включая холинергические и ГАМК- (гамма-аминомасляная кислота) эргические механизмы [19]. Гипервозбуждение и недостаток сна нарушают функционирование кортиколимбической системы головного мозга, что сопровождается изменениями аффективной реактивности [26].

СТРЕСС КАК ФАКТОР РИСКА В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Стресс является неспецифической реакцией организма на физическое или психологическое воздействие, которое нарушает его гомеостаз, оказывая негативное влияние на здоровье, трудоспособность и качество жизни населения. Лица, испытывающие хронический стресс, чаще проявляют привычки пагубного для здоровья поведения: недостаточное или избыточное питание, низкую физическую активность, злоупотребление алкоголем, курение и др., что непосредственно сказывается на состоянии их здоровья и качестве жизни в целом [4].

Стресс считается одним из значимых ФР для развития и прогрессирования множества заболеваний, включая ССЗ, сахарный диабет 2-го типа (СД2), ожирение и другие ХНИЗ [27–30].

Одна из самых сложных проблем – это стрессы, связанные с работой, которые способны существенно повлиять на физическое и психическое здоровье сотрудников и оказать негативное влияние на эффективность работы организаций. К таким стрессам можно отнести высокую продолжительность рабочего дня, неудовлетворенность работой, напряженные отношения с коллегами и руководством, профессиональную деятельность, связанную с психоэмоциональными перегрузками в условиях острого дефицита времени и т. д. [4]. Согласно исследованиям, каждый четвертый работающий указывает на то, что стрессы, связанные с работой, отрицательно сказываются на его психическом благополучии [31, 32]. Негативное влияние «рабочего» стресса на здоровье при ССЗ,

связанных с атеросклерозом, не зависит от обычных ФР и их лечения. Хронический рабочий стресс увеличивает риск преждевременного развития ИБС в 1,2–1,5 раза, особенно для лиц, не достигших 50 лет. Связанный с работой стресс является ФР развития ССЗ у мужчин молодого возраста и увеличивает риск ССЗ почти на 50% [27, 29–31].

Частота инсульта и ИБС у женщин с высоким уровнем стресса в 2 раза выше по сравнению с теми, кто имел низкий уровень стресса. У женщин также выявлена взаимосвязь между хроническим стрессом и повторными ишемическими событиями [33]. Исследования показывают, что у людей с большими производственными нагрузками чаще присутствуют традиционные ФР ССЗ, в т. ч. курение, низкая физическая активность, ожирение и СД2, что ассоциируется с наличием психосоциального стресса [34, 35].

Острые стрессы, связанные с физическими и психическими травмами, угрозой смерти, смертью близких, стихийными бедствиями, военными и другими негативными событиями, а также последующие переживания травмирующих событий (посттравматический стресс) могут быть одним из ФР возникновения ССЗ, СД2, артрита, провоцировать сердечно-сосудистые события и увеличить смертность, особенно у лиц, ранее имевших ИБС. Стресс оказывает негативное влияние на физическое, психическое и эмоциональное здоровье, поэтому существует острая необходимость в профилактических мерах и техниках коррекции [4].

Следует отметить, что купирование острого стресса является ключевым моментом для предотвращения формирования тревожного расстройства.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ И СТРЕССА

Наличие острого стресса и тревожного расстройства может сформировать у пациента искаженное восприятие своего состояния, с акцентированностью внимания только на основных, интересующих его жалобах, что способно затруднить постановку правильного диагноза [19]. Адекватная оценка выраженности психоэмоциональных ФР позволит выявить лиц с высоким риском и своевременно провести комплекс как немедикаментозных, так и медикаментозных мероприятий по их предотвращению и дальнейшей коррекции. Проводится оценка жалоб, анамнеза и данных объективного осмотра пациента. Должны быть уточнены органическая патология и ятрогенные факторы как возможная причина вышеуказанных состояний [19].

В качестве метода экспресс-диагностики уровня стресса (психоэмоционального напряжения) рекомендуется применять тест Ридера в адаптации О.С. Копиной [4].

Для проведения скрининга тревоги и депрессии рекомендуется использовать Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS) [36].

Следует отметить, что существуют ситуации, когда пациентам требуется консультация психиатра. Это симптомы или жалобы со стороны пациента, являющиеся абсолютными показаниями к консультации психиатра или психотерапевта: суицидальные мысли, намерения или действия (в т. ч. в анамнезе); наличие бреда и/или

галлюцинаций; психические заболевания в анамнезе; >11 баллов по шкале HADS [4].

Немедикаментозные методы лечения широко распространены и включают повышение уровня психологического образования, поведенческую и социальную коррекцию, направленную на управление психоэмоциональными ФР (стресс, тревога, тревожно-депрессивные состояния) [37].

Наиболее эффективная тактика ведения пациентов с психоэмоциональными расстройствами включает комплексное лечение: фармакотерапию, психотерапию и социальную реабилитацию [38]. Основные классы психотропных препаратов, применяемых для коррекции психических расстройств – это антидепрессанты, анксиолитики, гипнотики, антипсихотики, ноотропы, нормотимики и психостимуляторы [4].

При назначении лекарственного средства в первую очередь учитываются клиническая характеристика имеющегося психического расстройства и состояние соматического здоровья пациента. Учитывая возможность негативного влияния терапии психотропными средствами у пациентов с соматическими заболеваниями, особенно с ССЗ, СД2, нарушениями функции печени или почек, врачи-терапевты и кардиологи должны обладать необходимыми знаниями для обеспечения безопасности их применения [4].

В практике врача нередко возникают ситуации, когда пациент не готов или не желает применять психотропную терапию. В таких случаях важно найти альтернативные подходы, которые помогут пациенту справиться с тревогой и улучшить общее состояние.

В общесоматической практике для купирования острых стрессовых реакций и тревожных расстройств, а также для симптоматического лечения вегетативной дисфункции при стрессогенных ситуациях, проявляющейся нарушением сна, раздражительностью, головной болью, тошнотой, гипергидрозом, колющими и давящими болями в области сердца, подъемами артериального давления, тахикардией, ощущением нехватки воздуха и другими разнообразными проявлениями, специалисты разного профиля применяют валокордин [39].

В его состав входят фенобарбитал и этилбромизовалерианат, мятное масло, хмелевое масло, этанол 96%, калия гидроксид и вода очищенная. Фенобарбитал обладает седативным и мягким снотворным эффектом. Способствует снижению возбуждения центральной нервной системы (ЦНС) и облегчает наступление естественного сна. Этилбромизовалерианат оказывает седативное, снотворное и спазмолитическое действие. Масло мяты усиливает терапевтический эффект основных компонентов и оказывает легкое спазмолитическое, обезболивающее действие [40].

Препарат выпускается в форме капель для приема внутрь и применяется до еды с небольшим количеством жидкости. Дозировка устанавливается врачом. Взрослым назначают по 22–30 капель 3 раза в день. При нарушениях засыпания дозу можно увеличить до 45 капель. Длительность применения препарата устанавливается индивидуально врачом. Следует отметить, что при кратковременном применении препарата отсутствует эффект привыкания и низкая вероятность развития когнитивных нарушений.

Назначение валокордина требует особой осторожности в ряде случаев. Одновременное применение с нейролептиками и транквилизаторами усиливает действие каждого из компонентов препарата, а со стимуляторами ЦНС ослабляет. Алкоголь усиливает эффекты препарата валокордин и может повышать его токсичность, что необходимо учитывать при назначении. При длительном применении препарата возможно формирование лекарственной зависимости, а также накопление брома в организме и развитие отравления.

Было показано, что применение валокордина в составе комплексной терапии может быть эффективным при вегетативных расстройствах, ассоциированных с острым и хроническим стрессом [39]. При использовании валокордина коротким курсом в терапевтической дозировке 15 капель 3 раза в день отмечалось заметное уменьшение клинических проявлений соматоформной вегетативной дисфункции, при этом препарат не оказывал негативного влияния на когнитивные функции, обладал хорошей переносимостью и не вызывал привыкания [39].

Подходы к лечению пациентов в общеврачебной практике предполагают назначение препаратов, обладающих эффективностью и высоким профилем безопасности. Назначение препаратов для лечения психоэмоциональных нарушений, проявляющихся тревожными расстройствами и стрессом, не должно сопровождаться рисками привыкания, развития синдрома отмены и повышения побочных эффектов при взаимодействии с другими соматотропными лекарственными средствами.

Препарат валокордин эффективно купирует различные стресс-индуцированные реакции, в т. ч. стресс, тревожные расстройства, симптомы вегетативной дисфункции и периодические нарушения сна, а также хорошо переносится и удобен в применении, что повышает приверженность пациентов к терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Коморбидность и полиморбидность у пациентов общесоматического профиля подразумевают наличие у одного пациента сразу нескольких заболеваний, которые могут взаимно усугублять течение друг друга. Особенно интересным представляется сочетание стресса, тревожных расстройств, нарушений сна и соматических заболеваний.

Целью терапии полиморбидных пациентов является устранение общих патогенетических механизмов развития имеющихся патологических состояний с применением препаратов, обладающих высокой эффективностью и благоприятным профилем безопасности.

Валокордин® (Krewel Meuselbach GmbH, Германия) является препаратом, соответствующим современным требованиям лекарственной эффективности и безопасности, и может применяться у пациентов, испытывающих стрессогенные ситуации, нарушения сна и проявления вегетативной дисфункции. Препарат рекомендован к широкому применению в общеврачебной практике.



Поступила / Received 10.02.2025
Поступила после рецензирования / Revised 28.02.2025
Принята в печать / Accepted 06.03.2025

Список литературы / References

- Kivimäki M, Kawachi I. Work Stress as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *Curr Cardiol Rep*. 2015;17(9):630. <https://doi.org/10.1007/s11886-015-0630-8>.
- Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress on body function: A review. *EXCLI J*. 2017;16:1057–1072. <https://doi.org/10.17179/excli2017-480>.
- Соколов ЕИ, Остроумова ОД, Первичко ЕИ, Гусева ТФ, Барышникова ЗМ. Психологические и гемодинамические особенности больных артериальной гипертензией при эмоциональном стрессе. *Артериальная гипертензия*. 2005;11(1):29–33. <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2005-11-1-29-33>. Sokolov Yel, Ostroumova OD, Pervichko Yel, Guseva TF, Baryshnikova ZM. The psychological and hemodynamic features of patients with arterial hypertension under emotional stress. *Arterial Hypertension (Russian Federation)*. 2005;11(1):29–33. (In Russ.) <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2005-11-1-29-33>.
- 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>.
- Härter M, Baumeister H, Reuter K, Jacobi F, Höfler M, Bengel J, Wittchen HU. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychother Psychosom*. 2007;76(6):354–360. <https://doi.org/10.1159/000107563>.
- Jha MK, Qamar A, Vaduganathan M, Charney DS, Murrough JW. Screening and Management of Depression in Patients with cardiovascular disease: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73(14):1827–1845. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.01.041>.
- Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):327–335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>.
- Шишкова ВН. Стратегия ведения и профилактики психосоциальных нарушений в практике терапевта. *Медицинский совет*. 2023;17(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;17(6):76–82. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-077>.
- Воробьева ОВ. Стресс-индуцированные психовегетативные реакции. *РМЖ*. 2005;13(12):798–801. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/obshchiestati/Stressinducirovannye_psihovegetativnye_reakcii/. Vorobeva OV. Stress-induced psychovegetative reactions. *RMJ*. 2005;13(12):798–801. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/obshchiestati/Stressinducirovannye_psihovegetativnye_reakcii/.
- Погосова НВ, Бойцов СА, Оганов РГ, Костюк ГП, Соколова ОЮ, Юферева ЮМ и др. Психосоциальные факторы риска у амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца в 30 городах России: по данным исследования КОМЕТА. *Кардиология*. 2018;58(11):5–16. <https://doi.org/10.18087/cardio.2018.11.10193>. Pogosova NV, Boitsov SA, Oganov RG, Kostyuk GP, Sokolova OYu, Yufereva YuM et al. Psychosocial Risk Factors in Ambulatory Patients With Arterial Hypertension and Ischemic Heart Disease of 30 Cities in Russia: Data from the KOMETA (Comet) Study. *Kardiologiya*. 2018;58(11):5–16. (In Russ.) <https://doi.org/10.18087/cardio.2018.11.10193>.
- Бойцов СА, Погосова НВ, Бубнова МГ, Драпкина ОМ, Гаврилова НЕ, Еганян РА и др. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. *Российский кардиологический журнал*. 2018;(6):7–122. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2018-6-7-122>. Boytsov SA, Pogosova NV, Bubnova MG, Drapkina OM, Gavrilova NE, Eganyan RA et al. Cardiovascular prevention 2017. National guidelines. *Russian Journal of Cardiology*. 2018;(6):7–122. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2018-6-7-122>.
- Смуглевич АБ. *Депрессии в общей медицине: руководство для врачей*. М.: Медицинское информационное агентство; 2001. 782 с. Режим доступа: <https://www.psychiatry.ru/lib/1/book/22>.
- Селье Г, Кандорр ВИ, Рогов АА, Дурмишьян МГ (ред.). *Очерки об адаптационном синдроме*. М.: Медгиз; 1960. 254 с. Режим доступа: <https://djuv.online/file/F5CyMpbH98nY1>.
- Котова ОВ, Акарачкова ЕС, Беляев АА. Психовегетативный синдром: трудности диагностики и эффективного лечения. *Медицинский совет*. 2018;(21):50–55. Режим доступа: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-21-50-55>. Kotova OV, Akarachkova ES, Belyaev AA. Psychovegetative syndrome: challenges in diagnosis and effective treatment. *Meditsinskiy Sovet*. 2018;(21):50–55. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-21-50-55>.
- Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Bush AJ. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*. 2007;30(2):213–218. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.2.213>.
- Cox RC, Olatunji BO. A systematic review of sleep disturbance in anxiety and related disorders. *J Anxiety Disord*. 2016;37:104–129. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.12.001>.
- Stein MB, Enns MW, Kryger MH. Sleep in nondepressed patients with panic disorder: II. Polysomnographic assessment of sleep architecture and sleep continuity. *J Affect Disord*. 1993;28(1):1–6. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(93\)90071-q](https://doi.org/10.1016/0165-0327(93)90071-q).
- Alfano CA, Patriquin MA, De Los Reyes A. Subjective – Objective Sleep Comparisons and Discrepancies Among Clinically-Anxious and Healthy Children. *J Abnorm Child Psychol*. 2015;43(7):1343–1353. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0018-7>.
- Эбзеева ЕЮ, Полякова ОА. Тревожные расстройства и нарушения сна. *Медицинский совет*. 2022;16(11):108–113. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-11-108-113>. Ebzeeva EYu, Polyakova OA. Anxiety and sleep disorders. *Meditsinskiy Sovet*. 2022;16(11):108–113. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-11-108-113>.
- Полуэктов МГ, Преображенская ИС. Нарушения сна и когнитивных функций, подходы к терапии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014;(1):68–73. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-1-68-73>. Poluektov M, Preobrazhenskaya IS. Sleep and cognitive dysfunctions. Therapeutic approach. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2014;(1):68–73. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-1-68-73>.
- Ковальзон ВМ. *Основы сомнологии. Физиология и нейрорхимия цикла «бодрствование–сон»*. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний; 2012. 239 с. Режим доступа: https://psv4.userapi.com/s/v1/d/Hyf69HJJE9hWQI5PIInK8Bn1EtGY7wbx2e9LjagEvXnz6vXRcmE0DdYned4BK_QB1L2_ymcPF_XPxd05y2MuAvHFLZ2pD8sHgrO2YgawcBL6LgLOL/Kovalzon_V_M_Osnovy_somnologii_fiziologia_i_neyrokhimia_tsikla_bodrstvovanie-son.pdf.
- Вейн АМ, Вознесенская ТГ, Воробьева ОВ, Данилов АБ, Дюкова ГМ, Колосова ОА и др. *Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение*. М.: МИА; 1998. 752 с. Режим доступа: https://psv4.userapi.com/s/v1/d/LtPIK38liuwvtlz3eX2qTySFmWB0dryMC6xV-D5cZW-amF20zQkv32-KbHzMy5wz07yNrzvEaThl-xvJSX9i1s_gAkpZnBEeti2rVBD3lsFyD/Vegativnyye_rasstroystva_Klinika_diagnosticsika_lechenie_Veyn_A_M.pdf.
- Thorpy MJ. Classification of sleep disorders. *Neurotherapeutics*. 2012;9(4):687–701. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0145-6>.
- Гордеев КС, Ермолаева ЕЛ, Жидков АА, Илюшина ЕС, Федосеева ЛА. Физиология сна и его влияние на работу мозга человека. *Современные научные исследования и инновации*. 2018;(12). Режим доступа: <https://web.snauka.ru/issues/2018/12/88012>. Gordeev KS, Ermolaeva EL, Zhidkov AA, Ilyushina ES, Fedoseeva LA. Physiology of sleep and its impact on human brain function. *Modern Scientific Researches and Innovations*. 2018;(12). (In Russ.) Available at: <https://web.snauka.ru/issues/2018/12/88012>.
- Левин ЯИ. Радости и печали сна. *РМЖ*. 2008;27. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/bolevoiy_sindrom/Radosti_i_pecali_sna/. Levin YaI. Joys and Sorrows of Sleep. *RMJ*. 2008;27. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/bolevoiy_sindrom/Radosti_i_pecali_sna/.
- Omideade A, Buxton OM, Rusak B. Impact of acute sleep restriction on cortisol and leptin levels in young women. *Physiol Behav*. 2010;99(5):651–656. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2010.01.028>.
- Pedersen SS, von Känel R, Tully PJ, Denollet J. Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24(Suppl. 3):108–115. <https://doi.org/10.1177/2047487317703827>.
- Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *Am J Hypertens*. 2015;28(11):1295–1302. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv047>.
- Heslop P, Smith GD, Carroll D, Macleod J, Hyland F, Hart C. Perceived stress and coronary heart disease risk factors: the contribution of socioeconomic position. *Brit J Health Psychol*. 2001;6(Pt 2):167–178. <https://doi.org/10.1348/135910701169133>.
- Ng DM, Jeffery RW. Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health Psychol*. 2003;22(6):638–642. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.6.638>.
- Кислицына ОА. *Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России*. М.: ИЦ ИСПН. 2005. 376 с.
- Римашевская НМ, Кислицына ОА. Неравенство доходов и здоровья. *Народонаселение*. 2004;(2):5–17. Режим доступа: <http://www.kislitsyna.ru/data/files/narodonaselenie/2004%20Income%20inequality%20and%20health.pdf>. Rimashevskaya NM, Kislitsyna OA. Income inequality and health. *Narodonaselenie*. 2004;(2):5–17. (In Russ.) Available at: <http://www.kislitsyna.ru/data/files/narodonaselenie/2004%20Income%20inequality%20and%20health.pdf>.
- Layte R. The Association Between Income Inequality and Mental Health: Testing Status Anxiety, Social Capital, and Neo-Materialist Explanations.

- Eur Sociol Rev.* 2012;28(4):498–511. Available at: <https://www.jstor.org/stable/23272534>.
34. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: A causal review. *Soc Sci Med.* 2015;128:316–326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>.
 35. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med.* 2008;358(23):2468–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0707519>.
 36. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.
 37. 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>.
 38. Краснов ВН, Вельтищев ДЮ, Бобров АЕ, Довженко ТВ. Расстройства аффективного спектра в общей медицинской практике (принципы терапии и партнерского взаимодействия психиатров и интернистов): методические рекомендации. М.: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского; 2021. 32 с. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/fmetnp>.
 39. Куташов ВА. Современный подход к терапии вегетативных расстройств у пациентов в стрессогенных условиях. *Медицинский совет.* 2018;(18):92–95. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-18-92-95>.
 40. Kutashev VA. Modern approach to the therapy for autonomic disorders in patients under stressful conditions. *Meditsinskiy Sovet.* 2018;(18):92–95. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-18-92-95>.
 40. Cases J, Ibarra A, Feuillere 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>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – Е.Ю. Эбзеева, О.Д. Остроумова, Н.А. Плотникова, С.В. Литвинова

Написание текста – Н.А. Плотникова, Е.Ю. Эбзеева

Обзор литературы – Е.Ю. Эбзеева, Н.А. Плотникова, О.Д. Остроумова, С.В. Литвинова, Т.В. Филиппова

Анализ материала – Е.Ю. Эбзеева, Н.А. Плотникова, О.Д. Остроумова, С.В. Литвинова, Т.В. Филиппова

Редактирование – Е.Ю. Эбзеева, Н.А. Плотникова, О.Д. Остроумова

Утверждение окончательного варианта статьи – О.Д. Остроумова Е.Ю. Эбзеева

Contribution of authors:

Concept of the article – Elizaveta Yu. Ebzeeva, Olga D. Ostroumova, Natalia A. Plotnikova, Svetlana V. Litvinova

Text development – Natalia A. Plotnikova, Elizaveta Yu. Ebzeeva

Literature review – Elizaveta Yu. Ebzeeva, Natalia A. Plotnikova, Olga D. Ostroumova, Svetlana V. Litvinova, Tatiana V. Filippova

Material analysis – Elizaveta Yu. Ebzeeva, Natalia A. Plotnikova, Olga D. Ostroumova, Svetlana V. Litvinova, Tatiana V. Filippova

Editing – Elizaveta Yu. Ebzeeva, Natalia A. Plotnikova, Olga D. Ostroumova

Approval of the final version of the article – Olga D. Ostroumova, Elizaveta Yu. Ebzeeva

Информация об авторах:

Эбзеева Елизавета Юрьевна, к.м.н., доцент, доцент кафедры терапии и полиморбидной патологии имени академика М.С. Вовси, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования; 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1; veta-veta67@mail.ru
Остроумова Ольга Дмитриевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой терапии и полиморбидной патологии имени академика М.С. Вовси, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования; 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1; профессор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1; ostroumova.olga@mail.ru

Плотникова Наталья Андреевна, к.м.н., доцент кафедры терапии и полиморбидной патологии имени академика М.С. Вовси, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования; 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1; na_tasah_90@mail.ru
Литвинова Светлана Владимировна, к.м.н., ассистент кафедры терапии и полиморбидной патологии имени академика М.С. Вовси, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования; 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1; batyukina.svetlana@yandex.ru

Филиппова Татьяна Владимировна, ассистент кафедры терапии и полиморбидной патологии имени академика М.С. Вовси, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования; 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1; atv-tess@mail.ru

Information about the authors:

Elizaveta Yu. Ebzeeva, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Therapy and Polymorbid Pathology named after Academician M.S. Vovsi, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education; 2/1, Bldg. 1, Barrikadnaya St., Moscow, 125993, Russia; veta-veta67@mail.ru

Olga D. Ostroumova, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Therapy and Polymorbid Pathology named after Academician M.S. Vovsi, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education; 2/1, Bldg. 1, Barrikadnaya St., Moscow, 125993, Russia; Professor of the Department of Clinical Pharmacology and Propaedeutics of Internal Medicine, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119021, Russia; ostroumova.olga@mail.ru

Natalia A. Plotnikova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Therapy and Polymorbid Pathology named after Academician M.S. Vovsi, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education; 2/1, Bldg. 1, Barrikadnaya St., Moscow, 125993, Russia; na_tasah_90@mail.ru

Svetlana V. Litvinova, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Therapy and Polymorbid Pathology named after Academician M.S. Vovsi, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education; 2/1, Bldg. 1, Barrikadnaya St., Moscow, 125993, Russia; batyukina.svetlana@yandex.ru

Tatiana V. Filippova, Assistant of the Department of Therapy and Polymorbid Pathology named after Academician M.S. Vovsi, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education; 2/1, Bldg. 1, Barrikadnaya St., Moscow, 125993, Russia; atv-tess@mail.ru