

## Влияние одиночества на показатели психического и клинического статуса пациентов пожилого возраста, страдающих заболеваниями сердца и сосудов

**Цель.** Оценка наличия и характера возможного влияния синдрома одиночества (СО) на показатели психического и клинического статуса пациентов пожилого возраста, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

**Материал и методы.** Обследовано 103 пациента пожилого возраста с ССЗ, в т.ч. 51 человек с СО (основная группа) и 52 человека без указанного синдрома (группа сравнения). Наличие СО определяли при помощи опросника Рассела-Фергюсона. Для обследования пациентов использовались Краткая шкала оценки психического статуса, Гериатрическая шкала депрессии, Индекс общего психологического благополучия, Индекс тяжести инсомнии, Эпвортская шкала дневной сонливости, а также 10-балльные визуальные аналоговые шкалы. Результаты исследования обрабатывались статистически, нулевые гипотезы отклонялись при вероятности ошибки I рода  $<5\%$  ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** У пациентов пожилого возраста с ССЗ СО способен влиять не только на психическое, но и на клиническое состояние. Наличие данного синдрома способствует появлению чувства тревоги, депрессии, дневной сонливости, он негативно влияет на оценку пациентами своего общего состояния здоровья, эмоционального благополучия, жизненной энергии. Наличие СО сопровождается большей интенсивностью головных болей, одышки, периферических отеков.

**Заключение.** Одиночество является не только психосоциальной, но и медицинской проблемой, его наличие у кардиологических пациентов пожилого возраста целесообразно учитывать при организации и проведении диспансеризации и диспансерного наблюдения.

**Ключевые слова:** одиночество, психическое состояние, клиническое состояние, пожилые, сердечно-сосудистые заболевания.

**Отношения и деятельность:** нет.

**Для цитирования:** Жернакова Н. И., Лебедев Д. Т., Лебедев Т. Ю., Косов М. А. Влияние одиночества на показатели психического и клинического статуса пациентов пожилого возраста, страдающих заболеваниями сердца и сосудов. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(4):105-111. doi: 10.15829/3034-4123-2025-92. EDN: UJPTEM

Жернакова Н. И.\*,  
Лебедев Д. Т.,  
Лебедев Т. Ю.,  
Косов М. А.

ФГАОУ ВО "Белгородский  
государственный национальный  
исследовательский университет",  
Белгород, Российская Федерация

\*Corresponding author  
(Автор, ответственный за переписку):  
zhernakova@bsuedu.ru

Поступила: 20.11.2025  
Рецензия получена: 01.12.2025  
Принята: 10.12.2025



## Impact of loneliness on mental and clinical status in elderly patients with cardiovascular disease

**Aim.** To assess potential impact of loneliness syndrome (LS) on mental and clinical status in elderly patients with cardiovascular disease (CVD).

**Material and methods.** A total of 103 elderly patients with CVD were examined, including 51 with LS (study group) and 52 without LS (comparison group). LS was determined using the Russell-Ferguson UCLA Loneliness Scale. The Mini-Mental State Examination, the Geriatric Depression Scale, the General Psychological Well-Being Index, the Insomnia Severity Index, the Epworth Sleepiness Scale, and 10-point visual analogue scales were used. Null hypotheses were rejected at a Type I error <5% ( $p < 0,05$ ).

**Results.** In elderly patients with CVD, LS can affect not only their mental but also their clinical status. This syndrome contributes to feelings of anxiety, depression, and daytime sleepiness, negatively impacting self-rated health, mental well-being, and vitality. LS is accompanied by increased headaches, shortness of breath, and peripheral edema.

**Conclusion.** Loneliness is not only a mental but also a medical problem. Its presence in elderly cardiac patients should be considered when managing medical examinations and follow-up.

**Keywords:** loneliness, mental state, clinical status, elderly, cardiovascular disease.

**Relationships and Activities:** none.

**For citation:** Zhernakova N. I., Lebedev D. T., Lebedev T. Yu., Kosov M. A. Impact of loneliness on mental and clinical status in elderly patients with cardiovascular disease. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(4):105-111. doi: 10.15829/3034-4123-2025-92. EDN: UJPTM

Zhernakova N. I. \*,  
Lebedev D. T.,  
Lebedev T. Yu.,  
Kosov M. A.

Belgorod National Research University,  
Belgorod, Russian Federation

\*Corresponding author:  
zhernakova@bsuedu.ru

Received: 20.11.2025  
Revision received: 01.12.2025  
Accepted: 10.12.2025



ВАШ — визуальные аналоговые шкалы, СО — синдром одиночества, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания.

## Ключевые моменты

- Одиночество — не только психосоциальная, но и медицинская проблема.
- Наличие синдрома одиночества (СО) может негативно отражаться не только на психоэмоциональном, но и на клиническом состоянии пациентов.
- Внедрение диагностики СО в повседневную клиническую практику открывает дополнительные возможности для совершенствования тактики ведения кардиологических пациентов пожилого возраста.
- Диспансеризацию и диспансерное наблюдение за пациентами пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями целесообразно организовывать и осуществлять с учетом наличия или отсутствия у пациентов СО.

## Key messages

- Loneliness is not only a mental but also a medical problem.
- Loneliness can negatively impact not only the psychoemotional but also the clinical condition of patients.
- The introduction of loneliness diagnostics into real-world practice offer additional opportunities for improving the management of elderly cardiac patients.
- Clinical examinations and follow-up care for elderly patients with cardiovascular diseases should be organized and implemented taking into account the presence or absence of loneliness.

## Введение

Чаще всего под одиночеством понимают совокупность негативных эмоций и неприятных переживаний, вызванных недостаточным количеством имеющихся социальных связей [1]. Научное исследование проблемы одиночества началось во второй половине XX в. и поначалу касалось ее психосоциальных аспектов. В результате была показана возможность влияния одиночества на психическое состояние пациентов, состояние их когнитивных функций, риск развития деменции [2]. Последующие исследования все чаще указывали на возможное влияние одиночества на клинические проявления и течение соматических болезней [3].

В пожилом и старческом возрасте проблема одиночества стоит особенно остро [4]. Для данных возрастных групп характерны так называемые прокси-болезни старения, которые считаются своеобразным посредником между физиологическими и патологическими процессами, вызванными возрастными инволютивными изменениями [5]. Перечень прокси-болезней старения включает некоторые широко распространенные заболевания сердечно-сосудистой системы, например, атеросклероз коронарных артерий, артериальную гипертензию.

Поскольку влияние одиночества на психическое и клиническое состояние пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) изучено недостаточно, проведение научных исследований в этой области представляется актуальным и практически значимым.

Целью настоящего исследования была оценка наличия и характера возможного синдрома оди-

ночества (СО) на показатели психического и клинического статуса пациентов пожилого возраста, страдающих ССЗ.

Для достижения указанной цели были поставлены и последовательно решены следующие задачи:

1. Сформировать группы пациентов пожилого возраста с ССЗ, сопоставимые по полу, возрасту и характеру имеющейся кардиальной патологии, в т.ч., основную группу, состоящую из пациентов с СО, и группу сравнения, включающую пациентов, не имеющих указанного синдрома.

2. Исследовать и сопоставить показатели психического и клинического статуса в указанных группах.

3. Оценить наличие и характер влияния СО на показатели психического и клинического состояния пациентов пожилого возраста с заболеваниями сердца и сосудов.

## Материал и методы

В исследовании участвовало 103 пациента с ССЗ в возрасте  $\geq 65$  лет. От всех обследуемых было получено информированное согласие на участие в исследовании. Учитывая то, что в процессе исследования не использовались потенциально опасные для пациентов, а также инвазивные методы исследования, а способы лечения с неизученной безопасностью и эффективностью не применялись, рассмотрение дизайна исследования этическим комитетом не проводилось.

В соответствии с дизайном исследования, для включения пациентов использовались следующие критерии: возраст  $\geq 65$  лет; наличие артериаль-

ной гипертонии и/или ишемической болезни сердца; отсутствие показаний к госпитализации; информированное согласие обследуемых на участие в исследовании. Критериями исключения пациентов из исследования были: появление показаний к госпитализации в период участия в исследовании; выявленные в ходе обследования выраженные когнитивные нарушения, препятствующие проведению обследования, предусмотренного дизайном исследования; наличие или обнаружение у пациентов в период участия в исследовании тяжелых сопутствующих заболеваний, не связанных с заболеваниями сердца и сосудов; наличие онкологических заболеваний; отказ пациентов от продолжения участия в исследовании.

Перед включением в исследование пациентов проверяли на наличие СО, который диагностировался по числу баллов, набранных при ответе на вопросы опросника Рассела-Фергюсона [6]. СО диагностировался у пациентов, набравших от 41 до 60 баллов. Результат от 0 до 20 баллов свидетельствовал об отсутствии синдрома. Испытуемые, набравшие от 21 до 40 баллов, в исследование не включались. В зависимости от наличия СО, пациенты были разделены 2 группы: основную, состоящую из 51 человека с СО, и группу сравнения, которая включала 52 человека не имеющих признаков указанного синдрома. В период участия в исследовании все пациенты не имели острых заболеваний и находились в стабильном состоянии.

Для оценки психического состояния пациентов использовались Краткая шкала оценки психического статуса [7], Гериатрическая шкала депрессии [8], Индекс общего психологического благополучия [9], Индекс тяжести инсомнии [8], Эпвортская шкала сонливости [10]. Помимо рутинного клинического обследования, клиническое состояние пациентов оценивали при помощи 10-балльных визуальных аналоговых шкал (ВАШ), которые использовались для оценки интенсивности синдрома хронических болей и степени выраженности жалоб, типичных для пациентов с ССЗ (головных болей, одышки, отеков). Интенсивность субъективной симптоматики, например, болей и одышки, оценивалась пациентом, выраженность объективных симптомов, в частности, отеков, оценивалась исследователем. При этом, минимальное значение ВАШ соответствовало полному или практически полному отсутствию указанного симптома, 10 баллов ВАШ соответствовало максимально возможной, крайне выраженной, почти непереносимой интенсивности соответствующего симптома.

Результаты исследования обрабатывались статистически с применением компьютерной техники и соответствующего программного обеспечения, использовался пакет прикладных про-

грамм STATISTICA 6.0. Рассчитывались доли (в %), а также средние арифметические величины ( $M$ ) и их стандартные ошибки ( $m$ ). При сравнении долей и средних значений использовался  $t$ -критерий Стьюдента. С целью оценки практического значения выявленных различий, для  $t$ -критерия Стьюдента дополнительно рассчитывался размер эффекта ( $d$ ) по формуле Коэна (effect size index  $d$ ; Cohen's  $d$ ). При этом значения коэффициента  $d$  Коэна, равные 0,20, считали характерными для малой выраженности эффекта,  $d=0,50$  — для его средней выраженности и  $d\geq 0,80$  — для выраженного эффекта. Нулевые гипотезы отвергались при вероятности ошибки I рода  $<5\%$  ( $p<0,05$ ).

Работа выполнена без задействования грантов и финансовой поддержки от общественных, некоммерческих и коммерческих организаций.

## Результаты

Возрастная характеристика пациентов исследуемых групп была следующей. По среднему возрасту различий между группами не наблюдалось, значения этого показателя в основной группе и группе сравнения были  $73,11\pm 1,95$  и  $72,50\pm 0,90$  лет, соответственно ( $p>0,05$ ). В обеих исследуемых группах преобладали женщины. В частности, в основной группе, на долю пациентов женского пола приходилось 72,55% обследуемых, в группе сравнения их доля составила 67,31% ( $p>0,05$ ).

В обеих группах, самой частой сердечно-сосудистой патологией была артериальная гипертония, в основной группе ее выявляли в 92,16% случаев, в группе сравнения — у 94,23% пациентов ( $p>0,05$ ). Второе место по частоте выявления занимала ишемическая болезнь сердца, в основной группе и группе сравнения ее обнаруживали у 68,63 и 69,26% обследуемых, соответственно. Доли пациентов с постинфарктным кардиосклерозом среди обследуемых основной группы и группы сравнения составили 19,61 и 23,08%, соответственно ( $p>0,05$ ). Все это подтверждало сопоставимость пациентов исследуемых групп по возрасту, полу и характеру имеющейся сердечно-сосудистой патологии.

При помощи Краткой шкалы оценки психического статуса, у пациентов исследуемых групп не удалось выявить значимых различий в состоянии когнитивных функций ( $p>0,05$ ), однако было показано, что наличие СО сопровождается более частым развитием депрессии. Так, по данным Гериатрической шкалы депрессии, в основной группе обследуемых признаки депрессии выявлялись в 86,27% случаев, а в группе сравнения их обнаруживали лишь у 67,31% пациентов ( $p<0,05$ ). Одиночество негативно влияло на степень психологического благополучия пациентов. В основной

Таблица 1

Показатели отдельных шкал Индекса общего психологического благополучия, в зависимости от наличия или отсутствия СО,  $M \pm m$

Шкалы Индекса общего психологического благополучия	Группа		$P_{1-2}$	Размер эффекта (индекс d Коэна)
	основная	сравнения		
Шкала тревоги	12,71 $\pm$ 0,82	16,79 $\pm$ 0,78	0,001	-0,711
Шкала депрессии	5,80 $\pm$ 0,64	9,52 $\pm$ 0,56	0,001	-0,863
Шкала самоконтроля	12,03 $\pm$ 1,13	11,92 $\pm$ 0,36	0,926	0,018
Шкала общего здоровья	5,92 $\pm$ 0,58	8,62 $\pm$ 0,56	0,001	-0,66
Шкала эмоционального благополучия	7,81 $\pm$ 0,39	10,75 $\pm$ 0,73	0,001	-0,696
Шкала жизненной энергии	6,92 $\pm$ 0,24	8,48 $\pm$ 0,57	0,014	-0,494

Примечание:  $p_{1-2}$  — достоверность различий между сравниваемыми группами.

Таблица 2

Показатели клинического состояния пациентов по данным 10-балльных визуальных аналоговых шкал, на которые влияло наличие СО,  $M \pm m$

Показатели клинического состояния пациентов	Группа		$P_{1-2}$	Размер эффекта (индекс d Коэна)
	основная	сравнения		
Выраженность одышки	5,11 $\pm$ 0,17	3,24 $\pm$ 0,18	0,001	1,489
Выраженность головных болей	6,15 $\pm$ 1,09	3,11 $\pm$ 0,24	0,007	0,542
Выраженность периферических отеков	4,99 $\pm$ 0,29	2,31 $\pm$ 0,33	0,001	1,201

Примечание:  $p_{1-2}$  — достоверность различий между сравниваемыми группами.

группе средние значения Индекса общего психологического благополучия были ниже, чем в группе сравнения и составили 51,19 $\pm$ 3,18 и 66,08 $\pm$ 3,27 баллов, соответственно ( $p < 0,05$ ). В ходе анализа показателей по отдельным шкалам Индекса общего психологического благополучия были получены результаты, представленные в таблице 1. Как видно из таблицы 1, в основной группе пациентов наблюдались более низкие, чем в группе сравнения, показатели по шкалам тревоги, депрессии, общего здоровья, эмоционального благополучия и жизненной энергии ( $p < 0,05$ ). Лишь по шкале самоконтроля различия показателей пациентов основной группы и группы сравнения не достигли статистической значимости ( $p > 0,05$ ).

Известно, что нарушение сна в пожилом возрасте является серьезной медико-социальной проблемой [11]. По данным Индекса тяжести инсомнии, различные нарушения сна были обнаружены у 39,22% пациентов основной группы и 34,62% пациентов группы сравнения ( $p > 0,05$ ). В обеих группах преобладали случаи инсомнии легкой и умеренной степени тяжести, тяжелая инсомния встречалась лишь в единичных случаях. Средние значения Индекса тяжести инсомнии в основной группе и группе сравнения составили 6,60 $\pm$ 1,24 и 6,94 $\pm$ 0,93 баллов, соответственно ( $p > 0,05$ ). Однако, как видно из диаграммы на рисунке 1, наличие СО существенно влияло на состояние днев-

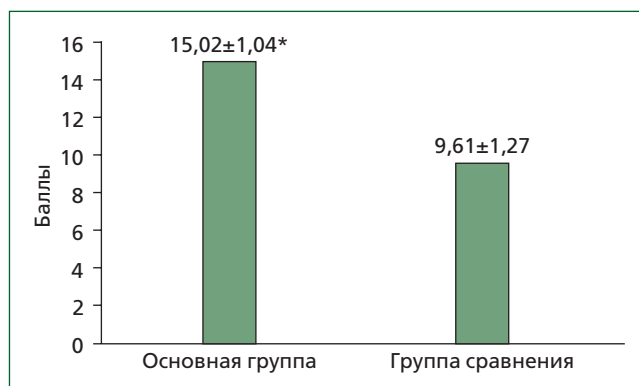


Рис. 1. Средние показатели пациентов исследуемых групп по Эпвортской шкале дневной сонливости.

Примечание: \* —  $p < 0,05$ .

ного сна пациентов. Так, в основной группе показатели Эпвортской шкалы дневной сонливости были выше, чем в группе сравнения и составляли 15,02 $\pm$ 1,04 и 9,61 $\pm$ 1,27 баллов, соответственно ( $p < 0,05$ ).

Хронические боли у пациентов обеих групп были довольно распространенным явлением и наличие СО не оказывало значимого влияния на вероятность их возникновения. Так, доли пациентов, имеющих указанную симптоматику, в основной группе и группе сравнения составили 62,74

и 69,23%, соответственно ( $p > 0,05$ ). Однако СО влиял на оценку пациентами интенсивности имеющихся хронических болей. В частности, по данным ВАШ, показатель средней интенсивности болей в основной группе составлял  $4,88 \pm 0,62$  баллов, а в группе сравнения — лишь  $2,71 \pm 0,30$  баллов ( $p < 0,05$ ).

Результаты проведенного исследования показали, что наличие СО может негативно влиять на выраженность некоторых симптомов, характеризующих клиническое состояние пациентов (таблица 2). Как видно из таблицы 2, по данным ВАШ, в основной группе интенсивность одышки, головных болей и периферических отеков была выражена сильнее, чем в группе сравнения ( $p < 0,05$ ).

## Обсуждение

В ходе анализа результатов исследования обращало на себя внимание следующее. В отличие от уединения, при котором пациент осознанно избегает контактов с другими людьми и не испытывает по этому поводу отрицательных эмоций [12], одиночество представляет собой серьезную психосоциальную проблему, которая способна негативно влиять не только на душевное состояние, но и на физическое здоровье пациента [1].

Характерная для одиночества неудовлетворенность ограниченным и продолжающим сокращаться кругом общения порождает отрицательные эмоции, способствующие появлению и нарастанию у пациента чувства тревоги и депрессии. Скорее всего, именно этим объяснялись более высокие показатели Гериатрической шкалы депрессии и более низкие — Индекса психического благополучия в основной группе, по сравнению с группой сравнения. Способность одиночества влиять на развитие тревоги и депрессии подтверждается и работами других авторов [13]. Влияние одиночества на оценку пациентами общего состояния своего здоровья, эмоционального благополучия и жизненной энергии также могло осуществляться через воздействие на их психоэмоциональное состояние.

Влияние одиночества на интенсивность хронического болевого синдрома и головные боли также могло быть реализовано через психоэмоциональную сферу обследуемых. В пользу этого свидетельствуют данные литературы о том, что тревога, депрессия и др. отрицательные эмоции могут способствовать усиленному восприятию боли [14].

Что касается влияния СО на интенсивность одышки и выраженность периферических отеков, этому феномену можно дать следующее объяснение. Хотя чувство одиночества и представляет собой совокупность субъективных негативных переживаний пациента по поводу имеющейся и по-

степенно нарастающей социальной изоляции, указанные переживания формируются на основе объективно существующих проблем с социализацией и получением социальной поддержки. Учитывая то, что в литературе имеются данные о роли социальной поддержки в обеспечении приверженности пациентов проводимому лечению [15], логично предположить, что недостаток такой поддержки может негативно влиять на комплаентность пациентов и, соответственно, на эффективность проводимого лечения. Это, в свою очередь, может способствовать усилению проявлений уже имеющегося ССЗ.

Воздействие одиночества на соматический статус пациентов могло быть также реализовано через влияние на психоэмоциональный статус пациентов. В пользу данного предположения свидетельствуют данные литературы о вовлеченности тревоги и депрессии в патогенез ССЗ и способности изменений психоэмоционального состояния влиять на клиническое состояние пациентов независимо от таких факторов риска ССЗ, как показатели липидного обмена и уровни артериального давления [16].

Обсуждая полученные данные, следует отметить, что данное исследование не лишено ряда ограничений. В частности, из-за сравнительно небольшого количества пациентов в исследуемых группах, не было возможности дополнительного формирования подгрупп, позволяющих учесть отдельные индивидуальные и нозологические особенности обследуемых. Это ограничивало возможную глубину и детализацию анализа полученных результатов. Кроме того, изучение механизмов реализации выявленных взаимосвязей осталось за рамками проведенного исследования, а для объяснения влияния СО на психическое и соматическое состояние пациентов были использованы научные гипотезы и реалистичные предположения, сформированные на базе литературных данных. Тем не менее, само по себе подтверждение возможного факта влияния СО на показатели психического и соматического статуса кардиологических пациентов пожилого возраста может иметь определенное научное и практическое значение, и, в перспективе, помочь сформировать более эффективную тактику амбулаторного ведения таких пациентов.

## Заключение

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что у кардиологических пациентов пожилого возраста СО может влиять не только на психическое, но и на клиническое состояние обследуемых. Наличие данного синдрома способствует появлению чувства тревоги, депрессии,



дневной сонливости, негативно влияет на оценку пациентами общего состояния своего здоровья, эмоционального благополучия, жизненной энергии. На фоне СО отмечается более выраженная интенсивность головных болей, одышки и периферических отеков, чем при его отсутствии. Таким образом, одиночество является не только психосоциальной, но и медицинской проблемой, а его

наличие целесообразно учитывать при организации и проведении диспансеризации и диспансерного наблюдения за пациентами пожилого возраста с ССЗ.

**Отношения и деятельность:** все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

## Литература/References

1. Lebedev DT, Rukavishnikov AS, Lupashko EV, et al. The medical significance of loneliness and social isolation in old age (literature review). *Advances in gerontology*. 2024;37(1-2):130-7. (In Russ.) Лебедев Д.Т., Рукавишников А.С., Лупашко Е.В. и др. Медицинское значение одиночества и социальной изоляции в пожилом возрасте (обзор литературы). *Успехи геронтологии*. 2024;37(1-2):130-7. doi:10.34922/AE.2024.37.1-2.017.
2. Luchetti M, Aschwanden D, Sesker AA, et al. A Meta-analysis of Loneliness and Risk of Dementia using Longitudinal Data from >600,000 Individuals. *Nat Ment Health*. 2024;2(11):1350-61. doi:10.1038/s44220-024-00328-9.
3. Shankar R. Loneliness, Social Isolation, and its Effects on Physical and Mental Health. *Mo Med*. 2023;120(2):106-8.
4. Kozlyeva PM, Smirnov AI. Social isolation and loneliness in older age. *Sociologicheskaja nauka I social'naja praktika*. 2022;10(4):46-63. (In Russ.) Козырева П.М., Смирнов А.И. Социальная изоляция и одиночество в пожилом возрасте. *Социологическая наука и социальная практика*. 2022;10(4):46-63. doi:10.19181/snsp.2022.10.4.9282.
5. Khokhlyuk EV, Lebedev TYu, Zhernakova N.I., et al. Multifocal atherosclerosis as a proxy disease of aging. *Current problems of health care and medical statistics*. 2025;(2):361-81. (In Russ.) Хохлюк Е.В., Лебедев Т.Ю., Жернакова Н.И. и др. Мультифокальный атеросклероз как прокси болезнь старения. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2025;(2):361-81. doi:10.24412/2312-2935-2025-2-361-381.
6. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 1996;66(1):20-40. doi:10.1207/s15327752jpa6601\_2.
7. Frolova EV, Emelin AYU, Lobzin VYu. Cognitive impairment in old age: a guide for doctors. — Moskva: GEOTAR-Media/2023. p.208. (In Russ.) Фролова Е.В., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю. Нарушение когнитивных функций в пожилом возрасте: руководство для врачей. Москва: ГЕОТАР-Медиа, 2023. р. 208. ISBN: 978-5-9704-7515-7.
8. Tkacheva ON, Kotovskaya YuV, Runikhina NK, et al. Clinical guidelines frailty. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2020;(1):11-46. (In Russ.) Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К. и др. Клинические рекомендации "Старческая астения". *Российский журнал гериатрической медицины*. 2020;(1):11-46. doi:10.37586/2686-8636-1-2020-11-46.
9. Gorelik SG, Ilitski AN, Prashchayev KI, et al. Questionnaires and scales in gerontology and geriatrics. "Gerontology" Scientific Journal. 2021;9(1):1-91. (In Russ.) Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. и др. Опросники и шкалы в геронтологии и гериатрии. *Электронный научный журнал "Геронтология"*. 2021;9(1):1-91.
10. Kobalava ZhD, Konradi AO, Nedogoda SV, et al. 2024 Clinical practice guidelines for Hypertension in adults. *Russian Journal of Cardiology*. 2024;29(9):6117. (In Russ.) Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В. и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2024. *Российский кардиологический журнал*. 2024;29(9):6117. doi:10.15829/1560-4071-2024-6117. EDN: GUEWLU.
11. Agaltsov MV, Tkacheva ON. Sleep changes in older people (a review). *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2015;18(2):49-53. (In Russ.) Агальцов М.В., Ткачева О.Н. Изменения сна в пожилом и старческом возрасте (обзор). *Профилактическая медицина*. 2015;18(2):49-53. doi:10.17116/profmed201518249-53.
12. Hipson WE, Kiritchenko S, Mohammad SM, et al. Examining the language of solitude versus loneliness in tweets. *J Soc Pers Relatsh*. 2021;38(5):1596-610. doi:10.1177/0265407521998460.
13. Domènech-Abella J, Mundó J, Haro JM, Rubio-Valera M. Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *J Affect Disord*. 2019;246:82-8. doi:10.1016/j.jad.2018.12.043.
14. Koberskaya NN, Tabeeva GR. A role of cognitive and emotional factors in formation of pain. *S.S.Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021;121(11):111-18. (In Russ.) Коберская Н.Н., Табеева Г.Р. Роль когнитивных и эмоциональных факторов в формировании боли. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021;121(11):111-18. doi:10.17116/jnevro2021121111111.
15. Kiselnikova AA, Pashkovsky EA. Social Support as a Factor of Increasing the Efficiency of Interaction between Doctors and Patients. *Discourse*. 2022;8(6):72-84. (In Russ.) Кисельникова А.А., Пашковский Е.А. Социальная поддержка как фактор повышения эффективности взаимодействия между врачами и пациентами. *Дискурс*. 2022;8(6):72-84. doi:10.32603/2412-8562-2022-8-6-72-84.
16. Eremina DA. Psychological factors in the pathogenesis of cardiovascular diseases. *Theoretical and Experimental Psychology*. 2021;14(4):66-78. (In Russ.) Еремина Д.А. Психологические факторы в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний. *Теоретическая и экспериментальная психология*, 2021;14(4):66-78. doi:10.24412/2073-0861-2021-4-66-78.

**Жернакова Нина Ивановна** (Nina I. Zhernakova) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой семейной медицины, ORCID: 0000-0001-7648-0774;

**Лебедев Дмитрий Тихонович** (Dmitry T. Lebedev) — к.м.н., доцент кафедры семейной медицины медицинского института, ORCID: 0000-0002-4552-9405;

**Лебедев Тихон Юрьевич** (Tichon Yu. Lebedev) — к.м.н., доцент, доцент кафедры семейной медицины, ORCID: 0000-0001-6355-0200;

**Косов Максим Александрович** (Maksim A. Kosov) — ассистент кафедры семейной медицины, ORCID: нет.

Адреса организаций авторов: ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", ул. Победы, д. 85, Белгород, 308015, Россия.  
Addresses of the authors' institutions: Belgorod National Research University, Pobedy str., 85, Belgorod, 308015, Russia.