



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

УДК: 616.12-008.46:616.89-008.441



ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Юлдашова Надира Эгамбердиевна

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6802-0292>

E-mail nodiragp@gmail.com

Сулайманова Нилуфар Эргашевна

ORCID <https://orcid.org/0009-0005-2817-4592>

E-mail nilufar.sulaymanova1970@gmail.com

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Аннотация

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности. Цель исследования — оценить влияние тревожных расстройств на клиническое течение ХСН и роль семейного врача в их выявлении и коррекции. В исследование включены 102 пациента с ХСН II–III ФК (NYHA). Установлено, что наличие тревоги ассоциировано с увеличением частоты госпитализаций, ухудшением субъективного состояния и снижением приверженности к терапии. Данные подтверждают необходимость интеграции психоэмоционального скрининга в практику семейной медицины.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, тревожные расстройства, семейная медицина, комплаентность, госпитализации

Аннотация

Сурункали юрак етишимовчилиги (СЮЕ) касаллик ва ўлимнинг етакчи сабабларидан бири ҳисобланади. Тадқиқотнинг мақсади хавотирли бузилишларнинг СЮЕ клиник кечишига таъсири ва уларни аниқлаш ва коррекциялашда оилавий шифокорнинг ролини баҳолашдан иборат. Тадқиқотга SYUYE II-III FS (NYHA) бўлган 102 нафар бемор киритилган. Хавотирнинг мавжудлиги касалхонага ётқизиш частотасининг ошиши, субъектив ҳолатнинг ёмонлашиши ва даволанишга мойилликнинг пасайиши билан боғлиқлиги аниқланди. Маълумотлар психоэмоционал скринингни оилавий тиббиёт амалиётига интеграция қилиш зарурлигини тасдиқлайди.

Kalit so'lar: сурункали юрак етишимовчилиги, хавотирли бузилишлар, оилавий тиббиёт, комплаентлик, касалхонага ётқизиш

Abstract

Chronic heart failure (CHF) is one of the leading causes of morbidity and mortality. The purpose of the study is to assess the influence of anxiety disorders on the clinical course of SLE and the role of a family doctor in their detection and correction. The study included 102 patients with SLE FC II-III (NYHA). It was established that the presence of anxiety is associated with an increase in the frequency of hospitalizations, deterioration of the subjective state, and a decrease in adherence to



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

therapy. The data confirm the need to integrate psycho-emotional screening into family medicine practice.

Keywords: *chronic heart failure, anxiety disorders, family medicine, compliance, hospitalization*

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой сложный мультифакторный клинический синдром, характеризующийся высокой распространённостью, значительной инвалидизацией и высоким уровнем смертности. Несмотря на существенный прогресс в области диагностики и лечения, включая внедрение современных фармакологических и немедикаментозных подходов, прогноз у данной категории пациентов остаётся неблагоприятным. В этой связи особую актуальность приобретает поиск дополнительных факторов, способных оказывать влияние на течение и исходы заболевания.

В последние годы значительно возрос интерес к изучению роли психоэмоциональных нарушений, в частности тревожных расстройств, в патогенезе и прогрессировании ХСН. Установлено, что тревожные расстройства широко распространены среди пациентов с соматической патологией и часто остаются недиагностированными в условиях общей врачебной практики. По данным современных исследований, симптомы тревоги выявляются у значительной доли пациентов с ХСН, что свидетельствует о недооценке данной проблемы в клинической практике.

Наличие тревожных расстройств оказывает существенное влияние на клиническое течение ХСН. Они ассоциированы со снижением качества жизни, уменьшением толерантности к физической нагрузке, увеличением частоты госпитализаций и повышением риска неблагоприятных исходов. Патофизиологические механизмы данного влияния связаны с активацией нейрогуморальных систем, включая симпато-адреналовую и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую оси, повышением уровня катехоламинов, нарушением вегетативной регуляции и усилением воспалительных процессов, что способствует прогрессированию сердечной недостаточности.

Отдельного внимания заслуживает влияние тревожных расстройств на приверженность пациентов к лечению. Повышенный уровень тревоги ассоциирован со снижением приверженности к лечению, нарушением режима медикаментозной терапии, несоблюдением диетических рекомендаций и недостаточной модификацией образа жизни, что приводит к снижению эффективности лечения и ухудшению прогноза.

Особую значимость данная проблема приобретает в практике семейного врача, который обеспечивает первичный контакт с пациентом, длительное динамическое наблюдение и координацию медицинской помощи. Условия первичной медико-санитарной помощи создают оптимальные предпосылки для раннего выявления тревожных расстройств, проведения скрининга, своевременной коррекции психоэмоционального состояния и реализации междисциплинарного подхода к ведению пациентов с ХСН.

Несмотря на наличие отдельных исследований, вопросы комплексной оценки влияния тревожных расстройств на течение ХСН, а также разработки эффективных алгоритмов ведения таких пациентов в условиях первичного звена здравоохранения остаются недостаточно изученными, что определяет научную новизну и практическую значимость настоящего исследования.

Ведение пациентов с ХСН, ассоциированной с тревожными расстройствами, требует комплексного, междисциплинарного подхода, основанного на принципах доказательной медицины и направленного на коррекцию как соматического, так и психоэмоционального состояния.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Согласно современным представлениям, тревожные расстройства рассматриваются как независимый предиктор неблагоприятного течения ХСН. Их наличие сопровождается активацией нейрогуморальных механизмов, включая симпато-адреналовую систему, что способствует прогрессированию заболевания и повышает риск декомпенсации.

Ключевая роль в выявлении и ведении данной категории пациентов принадлежит семейному врачу. Одним из основных этапов является скрининг тревожных расстройств с использованием оценки инструментов, таких как госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала GAD-7 и опросники PHQ. Систематическая оценка психоэмоционального состояния позволяет своевременно выявлять пациентов группы риска и корректировать лечебную тактику.

Неотъемлемым компонентом ведения является оптимизация медикаментозной терапии ХСН в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Базисная терапия включает ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина II, бета-адреноблокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, а также ингибиторы натрий-глюкозного котранспортёра 2. Основной задачей лечения является контроль симптомов, улучшение качества жизни и профилактика декомпенсаций.

Коррекция тревожных расстройств должна носить поэтапный характер. На начальном этапе предпочтение следует отдавать немедикаментозным методам, включая когнитивно-поведенческую терапию, психообразование, методы релаксации и дыхательные упражнения, эффективность которых подтверждена клиническими исследованиями. Данные вмешательства способствуют снижению уровня тревоги и повышению приверженности к лечению.

При выраженных тревожных расстройствах показано назначение фармакотерапии. Наиболее обоснованным является применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, обладающих доказанной эффективностью и благоприятным профилем безопасности у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. При этом необходимо учитывать возможные лекарственные взаимодействия и индивидуальные особенности пациента.

Важным направлением является повышение приверженности к терапии. Семейный врач должен использовать методы мотивационного консультирования, контролировать соблюдение назначений, оптимизировать схемы лечения и активно вовлекать пациента в процесс принятия решений. Существенную роль играют образовательные программы и поддержка со стороны медицинского персонала.

Особое значение имеет модификация образа жизни, включающая ограничение потребления соли, контроль массы тела, адекватную физическую активность, отказ от вредных привычек и снижение уровня психоэмоционального напряжения. Вовлечение членов семьи пациента способствует повышению эффективности лечебных мероприятий.

Динамическое наблюдение предусматривает регулярную оценку клинического состояния пациента (функциональный класс по NYHA, частота декомпенсаций), мониторинг уровня тревоги, контроль основных гемодинамических показателей и лабораторных параметров. При необходимости осуществляется направление к узким специалистам.

Научная новизна исследования. Научная новизна настоящего исследования заключается в комплексной оценке влияния тревожных расстройств на клиническое течение хронической сердечной недостаточности в условиях первичного звена здравоохранения с акцентом на роль семейного врача, а также в обосновании необходимости раннего выявления и своевременной коррекции тревожных состояний для оптимизации ведения данной категории пациентов.

Цель исследования. Оценить влияние тревожных расстройств на течение хронической сердечной недостаточности и обосновать необходимость их коррекции в практике семейного врача.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Самаркандского государственного медицинского университета и семейной поликлиники №3 г. Самарканда в период 2023–2025 гг. Выборка формировалась последовательным методом и включала 102 пациента с ХСН II–III функционального класса по классификации NYHA.

Возраст обследованных варьировал от 45 до 79 лет, средний возраст составил $64,3 \pm 8,7$ года; среди них 58% составляли мужчины и 42% — женщины.

Оценка уровня тревоги проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Приверженность к лечению определялась с помощью опросника Мориски–Грина. Дополнительно анализировались частота госпитализаций и выраженность клинических симптомов.

Дизайн исследования соответствовал уровню доказательности III. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения SPSS версии 26 с расчётом 95% доверительных интервалов. Для оценки взаимосвязей применялся корреляционный анализ Спирмена; различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Результаты исследования продемонстрировали высокую распространённость тревожных расстройств среди пациентов с хронической сердечной недостаточностью, наблюдаемых в условиях первичного звена здравоохранения. Клинически значимый уровень тревоги по шкале HADS был выявлен у 61,8% пациентов, что свидетельствует о выраженной коморбидности психоэмоциональных нарушений при ХСН.

Сравнительный анализ показал, что пациенты с тревожными расстройствами характеризовались более тяжёлым течением заболевания. В данной группе достоверно чаще отмечались госпитализации по поводу декомпенсации ХСН: среднее количество госпитализаций составило $2,1 \pm 0,8$ случая в год против $1,3 \pm 0,6$ у пациентов без выраженной тревоги ($p < 0,05$).

Установлено, что среди пациентов с тревожными расстройствами преобладали лица с III функциональным классом по NYHA. У них чаще регистрировались выраженная одышка при минимальной физической нагрузке, ощущение сердцебиения, повышенная утомляемость и снижение толерантности к физической активности, что указывает на более тяжёлое клиническое состояние и снижение качества жизни.

Анализ приверженности к терапии показал, что высокий уровень комплаентности среди пациентов с тревожными расстройствами встречался значительно реже (14%) по сравнению с пациентами без тревоги (42%) ($p < 0,05$). Это подтверждает негативное влияние тревоги на соблюдение медицинских рекомендаций.

Корреляционный анализ выявил статистически значимую умеренную положительную связь между уровнем тревоги и частотой декомпенсаций ХСН ($r = 0,42$; $p < 0,05$), а также отрицательную связь с приверженностью к лечению ($r = -0,39$; $p < 0,05$), что указывает на ухудшение клинических исходов при повышении уровня тревожности. Дополнительно установлено, что пациенты с тревожными расстройствами чаще отмечали субъективные жалобы, включая внутреннее напряжение, нарушения сна, усиленное восприятие сердечных симптомов, что может способствовать увеличению обращаемости за медицинской помощью.

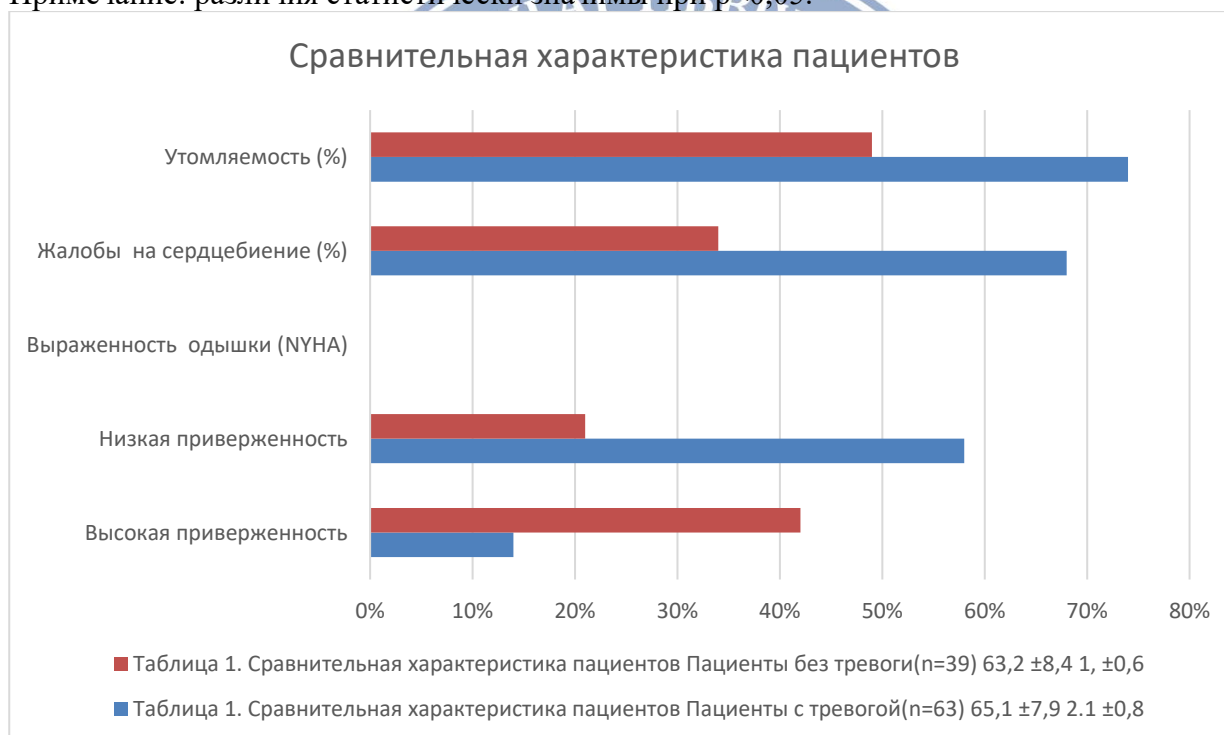
В целом полученные данные свидетельствуют о том, что тревожные расстройства являются значимым фактором, ухудшающим течение хронической сердечной недостаточности, ассоциированным с более тяжёлым функциональным состоянием, снижением приверженности к терапии и увеличением частоты госпитализаций.



Таблица 1. Сравнительная характеристика пациентов

| Показатель | Пациенты с тревогой(n=63) | Пациенты без тревоги(n=39) |
|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Средний возраст(лет) | 65,1 ±7,9 | 63,2 ±8,4 |
| Госпитализаций (в год) | 2.1 ±0,8 | 1, ±0,6 |
| Высокая приверженность | 14% | 42% |
| Низкая приверженность | 58% | 21% |
| Выраженность одышки (NYHA) | III | II |
| Жалобы на сердцебиение (%) | 68% | 34% |
| Утомляемость (%) | 74% | 49% |

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$.



Обсуждение. Результаты нашего исследования подтверждают высокую распространённость тревожных расстройств среди пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Выявлено, что тревога оказывает многогранное влияние на течение заболевания через физиологические, поведенческие и психосоматические механизмы.

1. **Физиологические механизмы:** активация симпатoadрeнaлoвoй системы сопровождается повышением частоты сердечных сокращений, вазоконстрикцией и увеличением системного сосудистого сопротивления, что усугубляет гемодинамическую нестабильность у пациентов с ХСН. Хроническая гиперактивация стрессовой системы может ускорять прогрессирование сердечной недостаточности, повышать риск аритмий и ухудшать прогноз.

2. **Поведенческие механизмы:** тревога негативно влияет на приверженность терапии, приводит к нарушению режима лечения и снижению физической активности. Пациенты с выраженной тревогой чаще пропускают приём лекарств, игнорируют рекомендации по диете и образу жизни, что прямо отражается на частоте обострений и госпитализаций.



3. **Соматизация и восприятие симптомов:** тревога усиливает субъективное восприятие сердечно-сосудистых симптомов, таких как одышка, сердцебиение и утомляемость. Это приводит к увеличению количества обращений к врачу, частых обследований и госпитализаций, что дополнительно создаёт нагрузку на систему здравоохранения.

Данные нашего исследования согласуются с работами Celano et al. (2016) и Sokoreli et al. (2016), которые демонстрируют значительное влияние тревоги на клинические исходы у пациентов с ХСН, включая частоту госпитализаций и уровень компетентности к терапии. Наши результаты также подтверждают необходимость комплексного подхода к ведению таких пациентов, где психоэмоциональное состояние рассматривается как ключевой фактор прогноза.

Практическая значимость: внедрение рутинного скрининга тревожных расстройств в амбулаторной практике семейного врача позволяет выявлять пациентов, находящихся в группе повышенного риска, своевременно корректировать психоэмоциональное состояние и повышать эффективность комплексной терапии ХСН. Такой подход способствует улучшению приверженности лечению, снижению числа обострений и госпитализаций, а также повышению качества жизни пациентов.

Кроме того, результаты подчеркивают важность междисциплинарного взаимодействия между семейными врачами, кардиологами и психиатрами. Ранняя идентификация тревоги и её коррекция могут стать ключевым инструментом профилактики ухудшения клинического состояния у пациентов с ХСН.

Заключение. Таким образом, тревога является значимым модифицируемым фактором, негативно влияющим на течение хронической сердечной недостаточности. Наличие тревожных расстройств у пациентов сопровождается более выраженной симптоматикой, частыми эпизодами декомпенсации, снижением приверженности к терапии и ухудшением качества жизни.

Своевременная диагностика тревоги в условиях первичного звена здравоохранения и ее коррекция — психотерапевтическими методами, когнитивно-поведенческой терапией или при необходимости медикаментозной поддержкой — позволяют снизить риск частых госпитализаций, стабилизировать функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и повысить общую удовлетворённость пациентов лечением.

Кроме того, интеграция психоэмоционального скрининга и мониторинга тревоги в практику семейного врача способствует персонализированному ведению пациентов, улучшению компетентности и оптимизации комплексной терапии ХСН. Полученные данные подчеркивают необходимость междисциплинарного подхода, включающего кардиологов, психиатров и специалистов первичного звена, для снижения тяжести течения заболевания и повышения долгосрочного прогноза пациентов.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы

1. McDonagh T.A., Metra M., Adamo M., et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021. doi:10.1093/eurheartj/ehab368
2. Celano C.M., Huffman J.C. Anxiety disorders and cardiovascular disease. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(11). doi:10.1007/s11920-016-0739-5
3. Freedland K.E. Behavioral mechanisms in heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2015;65(16):1609–1616. doi:10.1016/j.jacc.2014.10.056



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

4. Lichtman J.H., Froelicher E.S., Blumenthal J.A., et al. Depression and coronary heart disease. *Circulation*. 2014;129(12):1350–1369. doi:10.1161/CIR.0000000000000019
5. Yohannes A.M., Willgoss T.G., Baldwin R.C., Connolly M.J. Depression and anxiety in heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2010;12(8):808–813. doi:10.1093/eurjhf/hfq200
6. Sokoreli I., de Vries J.J.G., Pauws S.C., Steyerberg E.W. Anxiety and depression in heart failure. *Heart Fail Rev*. 2016;21(1):49–63. doi:10.1007/s10741-016-9558-4
7. World Health Organization. Global Health Estimates 2020: Disease burden by cause, age, sex, by country and by region. Geneva: WHO; 2020. doi:10.4060/cb2515en
8. Tully P.J., Cosh S.M., Baune B.T. A review of the affects of anxiety on cardiovascular disease risk. *J Psychosom Res*. 2014;77(6):449–456. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.03.005
9. Moser D.K., McKinley S., Riegel B., et al. Impact of anxiety on outcomes in patients with heart failure. *Circulation*. 2010;121(2):165–172. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.907345
10. Sherwood A., Blumenthal J.A., Trivedi R., et al. Psychological factors and heart failure outcomes. *J Am Coll Cardiol*. 2007;50(20):1993–2000. doi:10.1016/j.jacc.2006.10.068
11. Graven L.J., Grant J.S. The impact of anxiety on heart failure outcomes: a systematic review. *J Cardiovasc Nurs*. 2014;29(6):468–478. doi:10.1097/JCN.0b013e3182a7b1b1
12. Easton K., Coventry P., Lovell K., Carter L.A., Deaton C. Prevalence and measurement of anxiety in heart failure: a systematic review. *BMJ Open*. 2016;6:e011276. doi:10.1136/bmjopen-2016-011276
13. Rutledge T., Reis V.A., Linke S.E., Greenberg B.H., Mills P.J. Depression and anxiety in patients with heart failure: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2006;48(8):1527–1537. doi:10.1016/j.jacc.2006.03.031
14. Konstam V., Salem D., Pouleur H., et al. Baseline quality of life and outcomes in heart failure. *Circulation*. 2011;124(1):42–50. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.981381
15. Lainscak M., Blue L., Clark A.L., et al. Self-care management in heart failure: practical recommendations. *Eur J Heart Fail*. 2011;13(2):115–126. doi:10.1093/eurjhf/hfq219
16. Аблакулова М.Х., Хусинова Ш.А., Юлдашова Н.Э. Распространенность ишемической болезни сердца в городской неорганизованной популяции г. Самарканда. *Journal of Cardiorespiratory Research*. 2022;3(1):23–25.
17. Холбаев С.Б., Хусинова Ш.А., Юлдашова Н.Э., Сулайманова Н.Э. Оценка информированности врачей о хронической сердечной недостаточности в условиях первичного звена. В: Сборник статей I Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. Екатеринбург; 2016. С. 497–503.