



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (83) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (84)

2025

октябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 616.24-008.444:616.12-008.331.1

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

¹Асрарова З.Д. <https://orcid.org/0009-0004-3853-0346>

²Алиева Р.Б. <https://orcid.org/0000-0003-3936-0815>

¹ Такентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан, ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

² Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии Узбекистан, 100052, Ташкент, Мирзо-улугбекский район, ул. ОСИЁ, 4 Тел: 71 2689494 E-mail: cardiocenter@ssv.uz

✓ Резюме

В статье определены средние интегральные показатели физического компонента здоровья ($PH=46,1\pm5,9$) и психологического компонента здоровья ($MH=51,1\pm4,5$) качества жизни у пациентов с ишемической болезнью (ИБС стенокардия напряжения ФК 1-3) и синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС). Выявлено негативное влияние СОАС на качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3). Синдром обструктивного апноэ сна у пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3) в зависимости от степени тяжести апноэ оказывает отрицательное влияние на психологический компонент здоровья и не оказывает существенного влияния на физический компонент здоровья.

Ключевые слова: качество жизни, ишемическая болезнь сердца, обструктивное апноэ

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME AND CORONARY HEART DISEASE

¹Asrarova Z.D. <https://orcid.org/0009-0004-3853-0346>

²Alieva R.B. <https://orcid.org/0000-0003-3936-0815>

¹Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

²Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology Uzbekistan, 100052, Tashkent, Mirzo-Ulugbek district, st. OSIYO, 4 Tel: 71 2689494 E-mail: cardiocenter@ssv.uz

✓ Resume

The article defines the average integral indicators of the physical component of health ($PH=46.1\pm5.9$) and the psychological component of health ($MH=51.1\pm4.5$) of quality of life in patients with coronary heart disease (angina pectoris FC 1-3) and obstructive sleep apnea syndrome. A negative impact of obstructive sleep apnea on the quality of life of patients with coronary heart disease (angina pectoris FC 1-3) was revealed. Obstructive sleep apnea syndrome in patients with coronary heart disease (angina pectoris FC 1-3), depending on the severity of apnea, has a negative impact on the psychological component of health and does not have a significant impact on the physical component of health.

Key words: quality of life, coronary heart disease, obstructive sleep apnea

OBSTRUKTIV UYQU APNEASI SINDROMI VA YURAK KORONAER KASALLIKLARIDAGI HAYOT SIFATI

¹Asrarova Z.D. <https://orcid.org/0009-0004-3853-0346>

²Alieva R.B. <https://orcid.org/0000-0003-3936-0815>

¹Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

²O'zbekiston ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, 100052, Toshkent sh., Mirzo Ulug'bek tumani, ko'ch. OSIYO, 4 Tel: 71 2689494 E-mail: cardiocenter@ssv.uz

✓ Rezyume

Maqolada yurak ishemik kasalligi (angina pectoris FK 1-3) va obstruktiv uyqu apnoe sindromi bilan og'riqan bemorlarda salomatlikning jismoniy komponentining (PH=46,1±5,9) va hayot sifatining psixologik komponentining (MH=51,1±4,5) o'rtacha integral ko'rsatkichlari aniqlanadi. Obstruktiv uyqu apnesining yurak ishemik kasalligi (angina pectoris FK 1-3) bo'lgan bemorlarning hayot sifatiga salbiy ta'siri aniqlandi. Koroner yurak kasalligi (angina pectoris FC 1-3) bilan og'riqan bemorlarda obstruktiv uyqu apne sindromi apneaning og'irligiga qarab, salomatlikning psixologik tarkibiy qismiga salbiy ta'sir ko'rsatadi va salomatlikning jismoniy tarkibiy qismiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi.

Kalit so'zlar: hayot sifati, koroner yurak kasalligi, obstruktiv uyqu apnesi

Актуальность

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) является важной медико-социальной проблемой вследствие высокой распространенности и влияния на качество жизни. Взаимосвязь СОАС и сердечно-сосудистой патологии доказана многими исследованиями, что подтверждает необходимость ранней диагностики СОАС и его лечения для профилактики фатальных и нефатальных событий. В настоящее время качество жизни (КЖ) изучается специалистами многих отраслей науки (экология, медицина, социология, психология и др.), так как этот параметр отражает благоприятное или неблагоприятное воздействие на человека внешней и внутренней среды [2,3,4]. Качество жизни — это показатель, под которым понимают степень удовлетворения человека своим физическим, психическим и социальным состоянием. Показатель качества жизни следует оценивать как интегральную характеристику физического, психологического и социального функционирования человека, основанную на субъективном восприятии.

Для оценки качества жизни применяется метод анкетирования. Выделяют три основных типа опросников: общие, частные, специализированные. В настоящее время одним из наиболее авторитетных опросников общего типа является 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), предложенный Бостонским институтом здоровья. Этот опросник не является специфичным для различных возрастных и нозологических групп. Чувствительность и валидность данного теста не вызывают сомнений [5,6]. Опросник SF-36 содержит 8 концепций здоровья, которые наиболее часто дифференцируются в популяционных исследованиях и наиболее подвержены изменению при заболеваниях и лечении. Интегральные показатели качества жизни по опроснику SF-36 — физический компонент здоровья (PH) и психологический компонент здоровья (MH) рассчитываются путем анализа по существующим «ключам» следующих параметров:

- физическое функционирование (PF), отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает возможность человека выполнять физическую нагрузку;
- ролевое физическое функционирование (RP), характеризует влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей и др.);
- ролевое эмоциональное функционирование (RE), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной

деятельности;

- жизненная активность (VT), подразумевает ощущение себя полным силы и энергии или, напротив, обессиленным, усталым;
- психическое здоровье (MH), характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, беспокойства;
- социальное функционирование (SF), отражает социальную активность, эмоциональную и физическую способность общаться с другими людьми;
- интенсивность боли (BP), определяет влияние боли на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома;
- общее здоровье (GH), отражает оценку больным своего состояния здоровья в настоящий момент.

Шкалы физического функционирования (PF), ролевого физического функционирования (RP), боли (BP) коррелируют наиболее высоко с физическим компонентом и измеряют интегральный показатель физического компонента здоровья (Physical Component Summary (PCS) — Physical health (PH)). Шкалы психологического здоровья (MH), ролевого эмоционального функционирования (RE), социального функционирования (SF) — коррелируют наиболее высоко с психологическим компонентом и измеряют интегральный показатель психологического компонента здоровья (Mental Component Summary (MCS) — Mental health (MH)). Шкалы жизнеспособности (VT), общего здоровья (GH) — имеют корреляцию с обоими компонентами. Цифровые результаты исследования качества жизни могут колебаться от 0 (максимальное нарушение функции - минимальное здоровье) до 100 баллов (максимальное здоровье). Более высокие цифровые значения является показателем более высокого качества жизни человека. Опросник SF-36 подходит как для самостоятельного заполнения респондентом, так и для компьютерного опроса и последующей обработки. Он может быть заполнен за 5-10 минут с высокой степенью достоверности. Хронические заболевания могут приводить к ограничению физических возможностей человека. Происходит снижение толерантности как к тяжелым, интенсивным нагрузкам, так и к повседневным, таким как прогулки, подъем по лестнице, бытовая работа по дому и др. Ограничение физической активности оказывает негативное влияние также и на психологический статус человека, так как неудовлетворенность физическим состоянием может вызывать чувство психологической неполноценности [5,9]. Исследования указывают, что по мере старения человека происходит снижение уровня качества жизни. Существует мнение, что именно ограничение физических возможностей является определяющим фактором. Вместе с тем физическое состояние человека напрямую связано с накоплением балласта хронических заболеваний. Вполне естественно, что хроническая патология чаще встречается у лиц пожилого возраста, приводя к снижению уровня качества жизни именно в этой возрастной группе [1,5]. Хронические заболевания такие как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, нарушения ритма сердечной деятельности, сахарный диабет, атеросклероз также негативно влияют на физические возможности человека. В ряде случаев не только само заболевание, но и его осложнения и сопутствующая хроническая патология оказывают отрицательное влияние на качество жизни [4,8]. Нарушения дыхания во время сна усугубляют течение ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии и сердечной недостаточности. Синдромы обструктивного и центрального ночного апноэ повышают риск внезапной смерти, развития острого нарушения мозгового кровообращения, инфаркта миокарда, мерцательной аритмии, желудочковой экстрасистолы высоких градаций [7,8]. Таким образом, заслуживает интерес выявление закономерностей уровня качества жизни у пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) и ишемической болезнью сердца. Эти данные могут быть использованы в создании системы реабилитации, профилактики и выбора метода лечения.

Цель исследования: определить влияние синдрома обструктивного апноэ сна на качество жизни пациентов с ишемической болезнью (стенокардия напряжения ФК 1-3).

Материал и методы

В нашем исследовании приняло участие 157 пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3), с факторами риска СОАС. Из них мужчин было 71 (45,22%), женщин — 86 (54,77%). На первом этапе проводился сбор жалоб, анамнеза, антропометрических

данных. В качестве скринингового обследования проводилось анкетирование с использованием опросных шкал. Верификация диагноза СОАС и определение степени тяжести проводились посредством кардиореспираторного или респираторного мониторинга. Впоследствии сформировано 4 группы в зависимости от наличия и степени тяжести СОАС. В соответствии с наличием и степенью тяжести СОАС сформировано 4 группы больных: с легкой $n=46(29,3\%)$, средней $n=45(28,66\%)$ и тяжелой $n=66(42,04\%)$ степенями СОАС. Контрольная группа $n=23(14,65\%)$, у которых отсутствовал синдром обструктивного апноэ сна. По половому и возрастному составу обе группы были сопоставимы. Для диагностики СОАС проводился кардиореспираторный мониторинг аппаратом Somnocheck-2 (LÖWENSTEIN SOMNOCHECK MICRO CARDIO Weinmann Германия).

Таблица 1. Показатели качества жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца в зависимости от степени обструктивного апноэ сна.

Степень СОАС	Показатели качества жизни									
	PF	RP	RE	VT	MH	SF	BR	GH	PH	MH
лёгкая, $n=46$	5,3	25,0	66,7	43,8	63,0	75,0	59,4	41,3	44,6 \pm 5,7	60,0 \pm 3,1
средняя $n=45$	59,4	21,4	19,0	44,3	54,9	64,3	54,3	47,4	49,2 \pm 5,6	45,5 \pm 5,6
тяжёлая $n=66$	43,2	39,3	50,0	42,1	49,4	64,3	56,6	42,5	44,4 \pm 5,1	47,9 \pm 4,5
Без СОАС $n=23$	57,5	29,2	44,4	38,3	60,0	58,3	50,4	51,7	57,9 \pm 5,8	64,2 \pm 4,4

Примечание : указаны средние значения изучаемых показателей \pm среднее отклонение

При исследовании регистрировались дыхательные каналы, сатурация, пульс и ЭКГ. Затем рассчитывался индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ). В зависимости от ИАГ обструктивное апноэ сна делят на умеренную (ИАГ от >5 до <15), среднюю (ИАГ от >15 до <30) и тяжелую степени (ИАГ от >30).

Анкетирование пациентов осуществляли при первичном осмотре пациентов. Исследование качества жизни осуществляли при помощи опросника общего типа 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), предложенного Бостонским институтом здоровья. Цифровые результаты исследования качества жизни могут варьировать от 0 (максимальное нарушение функции — минимальное здоровье) до 100 баллов (максимальное здоровье). Более высокие значения являются показателем более высокого качества жизни.

Результат и обсуждения

Из представленных данных наибольшее демонстративное значение имеют показатель физического компонента здоровья (Physical health (PH)) и показатель психологического компонента здоровья (Mental health (MH)), которые представлены в двух последних колонках таблицы. Так как эти параметры характеризуют интегральные показатели самооценки описанных выше шкал физического и психологического статуса человека. Поэтому в дальнейшем для большей доступности и наглядности оценки полученных данных будем сравнивать и оценивать именно эти показатели. Определили средний интегральный показатель физического компонента здоровья (PH) у всех обследованных пациентов, который составил $49,0\pm5,8$. Этот параметр имеет числовое значение ниже, чем в соответствующей возрастной группе [4]. Средний интегральный показатель физического компонента здоровья (PH) у пациентов с ишемической болезнью сердца и обструктивным апноэ сна составил $46,1\pm5,9$. Те пациенты, у которых обструктивное апноэ сна выявлено не было, продемонстрировали значительно более высокий уровень самооценки качества жизни ($PH=57,9\pm5,8$). Следовательно, можно констатировать негативное влияние обструктивного апноэ сна у пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3). Однако это влияние отличается в зависимости от степени обструктивного апноэ сна. Так при легкой степени СОАС интегральный показатель физического компонента здоровья составил ($PH=44,6\pm5,7$). При умеренной степени СОАС физический компонент здоровья у пациентов с ишемической болезнью сердца составил

(РН=49,2±6,8), что на 5 пунктов выше, чем в группе с легкой степенью СОАС. При тяжелой степени СОАС физический компонент здоровья составил (РН=44,4±5,1). У пациентов с ишемической болезнью сердца определили средний интегральный показатель психологического компонента здоровья (МН), который составил 54,4±4,4. Значение среднего интегрального показателя психологического компонента здоровья (МН) у пациентов с ишемической болезнью сердца и наличием обструктивного апноэ сна составило 51,1±4,5, что ниже, чем в группе сравнения без обструктивного апноэ сна (МН=64,2±4,4). Таким образом, можно констатировать, что обструктивное апноэ сна также оказывает негативное влияние на психологический статус пациентов с ишемической болезнью сердца.

Интегральный показатель психологического компонента здоровья (МН) отличался у пациентов с ишемической болезнью сердца в зависимости от степени обструктивного апноэ сна. Так при легкой степени СОАС он составил (МН=60,0±3,1), при умеренной степени СОАС он снижался до (МН=45,5±5,6), а при тяжелой степени СОАС он составил (МН=47,9±4,5). Из этого следует, что чем тяжелее степень СОАС у пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3), тем ниже уровень психологического компонента.

Таким образом, можно констатировать негативное влияние обструктивного апноэ сна на самооценку качества жизни пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3), как с точки зрения физического (РН), так и психологического (МН) статуса.

Выводы

1. Исследованы показатели качества жизни у 157 пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3). Определены средние интегральные показатели физического компонента здоровья (РН=49,0±5,8) и психологического компонента здоровья (МН=54,4±4,4).
2. Выявлено негативное влияние обструктивного апноэ сна на качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3). Происходит снижение уровня как физического (РН=46,1±5,9), так и психологического компонентов здоровья (МН=51,1±4,5).
3. СОАС у пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3) в зависимости от степени тяжести апноэ оказывает отрицательное влияние на психологический компонент здоровья и не оказывает существенного влияния на физический компонент здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Андреева, Г.Ф. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью / Г.Ф. Андреева, Р.Г. Оганов // Терапевтический архив. 2012;1:8-16.
2. Асрарова З.Д., Алиева Р.Б. Синдром обструктивного апноэ сна - фактор риска выраженности артериальной гипертензии // Журнал «Новый День в Медицине» Avicenna MED.UZ. 2025;2(76):456-459.
3. Музалевский В.М. Основные тенденции в отношении пациентов к негосударственным медицинским учреждениям. Актуальные тенденции социально-экономического развития России: сб. науч. ст. Тамбов / В.М. Музалевский // Тамбов: Изд-во ТГТУ, 2016. — С. 35-47.
4. Орлов, В.А. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине / В.А. Орлов, С.А. Гиляревский. — М.: Медицина, 2021; 65 стр.
5. Петрова, М.Н. Качество жизни у мужчин, перенесших инфаркт миокарда / М.П. Петрова, Т.А. Айвазян, С.Л. Фандю-хин // Кардиология. 2023;2:65-66.
6. Jenkinson C. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age / C. Jenkinson, A. Coulter, L. Wright // Br. Med. J. 2003;306:1437-1440.
7. Lattimore J.L. Obstructive sleep apnea and cardiovascular disease / J.L. Lattimore, D.S. Celermajer, I.J. Wilcox // Am. Col. Cardiol. 2012;41:429-437.
8. McNicholas, W.T. Sleep apnoea as an independent risk factor for cardiovascular disease: current evidence, basic mechanisms and research priorities / W.T. McNicholas, M.R. Bonsignore // Eur. Resp. J. 2017;29:156-176.
9. Quality of life in children with obstructive sleep apnea after adenotonsillectomy / B. Hasukic [et al] // Med Arh. 2018;62(1):30-33.

Поступила 20.09.2025