Шарофиддинова Захро Сайфиддин қизи – магистрант
Шоалимова Зулфия Мирабитовна – т.ф.н., доцент
Тошкент давлат тиббиёт университети (Тошкент, Ўзбекистон)

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА БЕМОРЛАР ХАЁТ СИФАТИГА ОБСТРУКТИВ ТУНГИ АПНОЭ СИНДРОМИНИНГ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Аннотация: *Обструктив тунги апноэ синдромини аниқлаш ва унинг оғирлик даражасини бахолашда RR-интерваллар динамикаси, реопневмография ва пулсоксиметриядан фойдаланиш имкониятини бахолаш мақсадида кардиореспиратор мониторинг усули қўлланилиб,81 нафар бемор текширилди (37 ёшдан 80 ёшгача 18 нафар аёл ва 63 нафар эркак,ўртача ёш 57,1±2,3 йил).*

Калит сўзлар: *обструктив уйқу апноэси синдроми,кардиореспиратор мониторинг, пульсоксиметрия, синоаурикуляр блокада,атриовентрикуляр блокада,экстрасистолия.*

Шарофиддинова Захро Сайфиддин кизи – магистрант
Шоалимова Зульфия Мирабитовна – к.м.н., доцент
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ВЛИЯНИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОЙ НОЧНОЙ АПНОЭ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Аннотация. *С целью оценки возможности использования динамики RR-интервалов, реопневмографии и пульсоксиметрии в диагностике и определении тяжести синдрома обструктивного апноэ сна с использованием методики кардиореспираторного мониторирования обследован 81 пациент (18 женщин и 63 мужчины в возрасте от 37 до 80 лет - средний возраст 57,1±2,3 года).*

Ключевые слова: *синдром обструктивного апноэ сна, кардиореспираторное мониторирование, пульсоксиметрия, синоаурикулярная блокада, атриовентрикулярная блокада, экстрасистолия.*

Sharofiddinova Zakhro – master's student
Shoalimova Zulfiya Mirabitovna – C.M.Sc., associate professor
Tashkent state medical university (Tashkent, Uzbekistan)

CLINICAL COURSE OF CORONARY HEART DISEASE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS OBSTRUCTIVE NOCTURNAL APNEA SYNDROME STUDY OF THE INFLUENCE

Abctract: *To assess the potentialities of use of the RR-interval dynamics, rheopneumography, and pulse oximetry for the diagnostics and evaluation of severity of the obstructive sleep apnea syndrome with the aid of cardiorespiratory monitoring, 81 patients (18 females and 63 males) aged 37 80 years (mean 57.1±2.3 years) were studied.*

Key words*: obstructive sleep apnea syndrome, cardiorespiratory monitoring, pulse oximetry, sino-auricular block, atrioventricular block, premature beats.*

Долзарблиги: Обструктив уйқу апноэ синдроми (ОУАС) хозирги кунда маълум бўлган, лекин ҳали ҳам охиригача ўрганилмаган муаммодир,шунингдек, унинг юрак-қон томир касалликларининг ривожланишига ва оқибатига қўшган ҳиссаси хамон етарлича аниқланмаган. Унинг тарқалганлик ҳолатлари ҳатто умумий популяцияда ҳам юқори бўлиб қолмоқда. Агар 2002 йилда эркакларнинг 17-24 фоизида ва популяциядаги аёлларнинг 9-28 фоизигача қисми ОУАС билан касалланган [1] бўлса, 2011 йилда у ёки бу даражада ифодаланган белгилари бўлган беморларнинг 35,6% ҳақида маълумотлар келтирилган [2]. ОУАС юқори частотада юрак-қон томир касалликлари билан қўшилиб келиши мумкин ва хотиранинг пасайиши, диққатни жамлашни кийинлашиши, кун мобайнида уйқучанлик ва бошқа симптомларни кучайтирувчи таьсир кўрсатиб, одамларнинг ҳаёт сифати ёмонлашишига сабаб булади. Масалан, Локе ва бошқалар томонидан олиб борилган 2446 нафар бемор иштирок этган метаанализда ОУАС нинг юрак-қон томир касалликлари сабабли ўлим билан тугаши мумкинлиги аниқлан-

ган, апноэ-гипопноэ индекси ошиши билан инсульт хавфи ошиши аниқланган. 8785 ҳолат таҳлилида эса эркакларда ОУАС билан юрак ишемик касаллиги (ЮИК)нинг юқори учраш даражаси кўрсатилган, бу боғлиқлик аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ ифодаланади. Возорснинг 12047 нафар бемор иштирокида ўтказилган тадқиқотида эса ОУАС мавжуд бўлган ҳолларда уйқусизлик (инсомния — 43%) ва депрессия (3,53 марта кўпроқ) ишончли равишда тез-тез учраши кўрсатилган [8,9].Обструктив уйқу апноэ синдроми кўпинча юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилиши билан кечади ва бундай аритмияларни даволашда нафас олиш бузилишларини даволаш биринчи ўринга чиқади [3,4]. Бироқ, Холтер мониторинги, юкламали ва фармакологик синамалар, электрофизиологик текширувлар каби анъанавий диагностика усуллари ёрдамида нафас олиш ва юрак ритми бузилишлари ўртасидаги боғлиқликни баҳолаш қийинчилик туғдиради. Уйқу лабораторияларида ўтказиладиган текширишлар диагноз қўйишда ёрдам бериши мумкин, лекин бундай текширув лабораториялари бугунги кунда Ўзбекистонда кенг тарқалмаганлиги сабабли бу мавзу долзарблигича қолмоқда. Масалан, уйқу лабораторияларида суткасига кўпи билан 25 киши текширилиши мумкин, ҳолбуки катталар популяциясида обструктив уйқу апноэси синдроми 7-10% тарқалган бўлса [3, 4], апноэни аниқлаш учун камида 350 минг киши текширилиши керак бўлади. Равшанки, ҳатто уйқу лабораториялари сони кўпайган тақдирда ҳам улар барча муҳтожларни текшира олмайди ва нафас олиш бузилишларини самарали аниқлаш ва даволаш учун оддийроқ ва кенг тарқалган усуллар зарур.

Нафас олиш бузилишларини скрининг қилиш учун бир нечта усуллар кенг тарқалган - апноэ эпизодлари пайтида юрак уриш тезлигининг характерли ўзгаришларини аниқлаш, апноэ билан бирга келадиган гипоксемия эпизодларини аниқлаш ва пневмограммада апноэ мавжудлигини таҳлил қилиш каби усуллар орқали текширилади. Ушбу тадқиқот юқоридаги усуллар орқали обструктив уйқу апноэси синдромини аниқлаш, унинг оғирлигини баҳолаш ва апноэ ҳамда аритмиялар ўртасидаги боғлиқликни аниқлашдаги диагностик аҳамиятини баҳолаш учун ўтказилган.

Максад: Обструктив уйқу апноэ синдроми ва аритмиялар ўртасидаги боғлиқликни аниқлашдаги диагностик аҳамиятини баҳолаш, ЮИКни кечишига таьсирини ўрганиш.

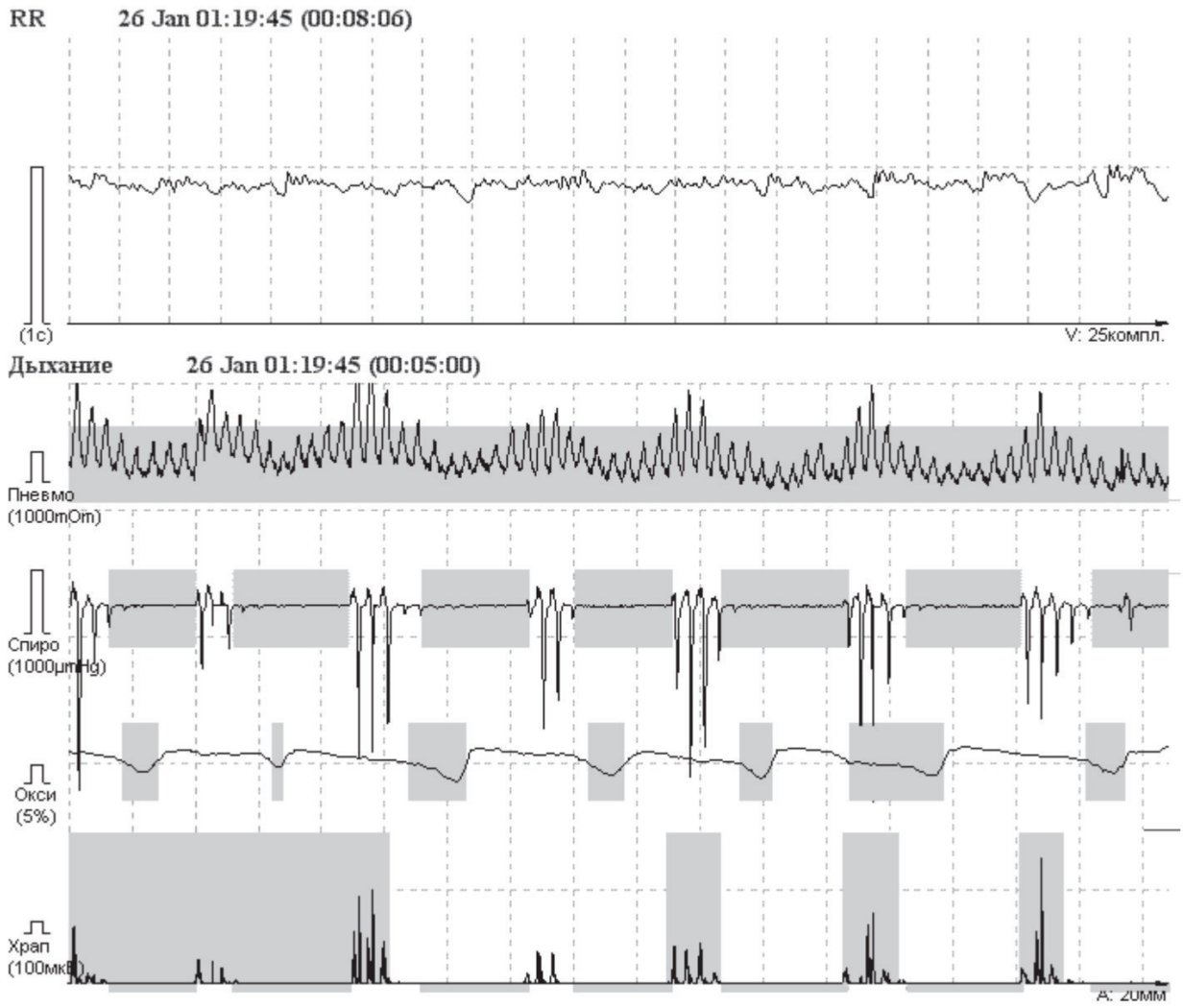
Тадқиқот материаллари ва усуллари. Ритм бузилишларининг табиатини аниқлаш ва даволаш тактикасини танлаш учун ТошДавТИ кўп тармоқли клиникасининг кардиология стационар ва реанимация бўлимида даволанаётган 81 нафар бемор текширилди. Тадқиқотга шикоятлари ва жисмоний кўрсаткичлари асосида уйқу апноэси мавжудлигини тахмин қилиш мумкин бўлган беморлар киритилган. Улар орасида 37 ёшдан 80 ёшгача бўлган 18 нафар аёл (0,22) ва 63 нафар эркак (ўртача ёш 57,1±2,3 ёш) олинган.

Барча беморларга Хитойнинг MINDRAY PM12 КАРДИОМОНИТОР аппаратида кардиореспиратор мониторинг ўтказилган. Монитор бир сутка давомида ЭКГнинг 12 та уланиши, реопневмограмманинг (РПГ) битта уланиши, периферик пульс ва қондаги оксигенацияни пулсоксиметрия усули ёрдамида қайд этилган. Уйқу вақтида (кундузги ва тунги) бурун катетери ўрнатилган, унинг ёрдамида қўшимча равишда ҳаво оқими (спирограмма) ва товуш ҳодисалари (хуррак) қайд этилган.

Мониторингда ўрнатилган 12 та стандарт тармоқлар тизими қайд этилган, бунда қўл ва оёқлардаги электродлар танага (думғаза ва ўмров суягининг дистал қисмига) ўтказилган. реопневмограмма олиб ташланган электродлар ўнг ва чап ўрта қўлтиқ ости чизиғи бўйлаб 5 қовурға оралиғига ўрнатилди, шунда қайд этилган нафас эгри чизиғида кўкрак ва диафрагмал нафас олишда ўнг ва чап ўпканинг нафас ҳаракатлари акс эттирилган. РПГ ва ЭКГ асосида олинган маълумотлар мониторда ёзиб олинган (умумий электрод ва V6 уланиш электроди). Бу қулай, чунки қўшимча сенсорларни ўрнатишни талаб қилмайди. Пулсоксиметрия чап қўлнинг номсиз бармоғига қўйилган бармоқ датчигидан қайд этилган.

Ёзувларни таҳлил қилишда юрак уриш тезлигининг кунлик динамикаси баҳоланган, ритм ва ўтказувчанлик бузилишлари аниқланган, таснифланиб ва ҳисоблаб чиқилган, ST сегментининг 1 мм дан ортиқ силжиши билан бирга келадиган ЭКГ ишемик ўзгаришлари эпизодлари аниқланган. Спирограмма бўйича гипопноэ (нафас олиш амплитудасининг 10 сония ва ундан ортиқ вақт давомида 50% ва ундан ортиқ камайиши) ва апноэ (амплитуданинг 90% га камайиши) эпизодлари аниқланган, уларнинг давомийлиги ва сони ҳисоблаб чиқилган.

Апноэ ва гипопноэ эпизодлари пайтида қўшимча равишда гипоксемия (кислород даражасининг 3% ва ундан кўпроқ пасайиши), брадикардия (юрак уришиинг 10% ва ундан кўпроқ пасайиши), шунингдек, гипопноэ ёки РПГда апноэ мавжудлиги баҳоланган (1-расм).



1-расм. **58 ёшли У. исмли беморнинг мониторинг маълумотлари. Бу ерда синхрон ёзув асосида (юқоридан пастга) RR-интервалограмма, РПГ, бурун орқали ҳаво оқими (Спиро), қондаги кислород миқдори ва хуррак сони кўриб чиқилган**

Тадқиқот натижалар ва уларнинг муҳокамаси.

Текширилган 81 нафар беморнинг 60 нафарида дастлаб синусли ритми (0,74), 13 нафарида бўлмачалар фибрилляциясининг доимий шакли (0,16), бир нафарида доимий қайталанувчи қоринчалар тахикардияси ва 7 нафарида синоатриал блокада и синус тугуни сустлиги синдроми (0,09) аниқланган. Бундан ташқари, 5 нафар беморда (0,06) Гис тутами чап (2 нафар бемор) Гисс тутами ўнг оёқчасининг тўлиқ блокадаси (1 нафар бемор) шунингдек, Гисс тутами чап оёқча тўлиқ бўлмаган блокадаси (2 нафар бемор) кўринишидаги қоринча ичи ўтказувчанлигининг бузилиши кузатилган. Бир сутка давомида текширилганларда қуйидаги ритм ва ўтказувчанлик бузилишлари аниқланди.

1-жадвал.

Тадқиқотдаги беморларда ритм ва ўтказувчанликнинг бузилиши

1	Коринчалар экстрасистолияси	67 (0,83)
2	Пароксизмал коринчалар тахикардияси	3 (0,04)
3	Суправентрикуляр экстрасистолиялар	73 (0,90)
4	Пароксизмлар, юрак бўлмачалари тахикардияси ва титраши	8 (0,10)
5	Атиовентрикуляр блокада 1 даража	2 (0,02)
6	Атиовентрикуляр блокада 2 даража	6 (0,07)
7	Синоатриал блокада и синус тугуни сустлиги синдроми	7 (0,09)
8	Бўлмачалар фибрилляциясида 2 сониядан ортиқ паузалар	3 (0,04)
9	Ўтиб кетувчи қоринча ичи блокадаси	1 (0,01)

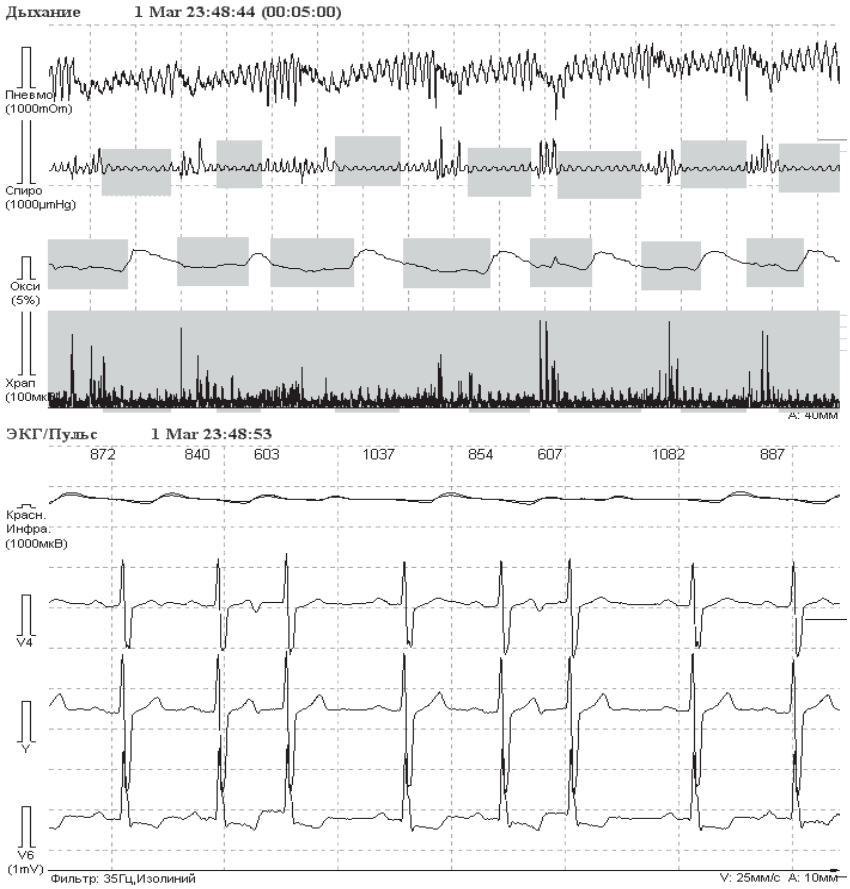
Беморларнинг аксариятида қоринча ёки қоринча усти экстрасистолалари - якка ёки жуфт экстрасистолалар кузатилганлигини кўриш мумкин. Обструктив уйқу апноэ синдроми 78 нафар беморда ташхисланган бўлиб, 1-даражали Обструктив уйқу апноэси 21 нафар беморда (0,26), 2-даражали Обструктив уйқу апноэси 11 нафар беморда (0,14) ва 3-даражали обструктив уйқу апноэси 20 нафар беморда (0,26) аниқланган.

Ритм ва ўтказувчанлик бузилишларининг апноэ эпизодлари билан боғлиқлиги 18 нафар беморда аниқланган. Кўпинча (12 та ҳолатда) нафас тўхташи билан атриовентрикуляр (5 та ҳолатда) ёки синоатриал (7 та ҳолатда) блокада туфайли тўхташлар билан боғлиқ бўлган, бунда улар ҳар доим апноэ босқичида пайдо бўлган (одатда иккинчи босқичда). Паузалар аниқланган 0,92 ҳолатда улар апноэ даврлари билан боғлиқ бўлиб, кўплаб беморларда бу боғлиқлик мутлоқ бўлган - апноэдан ташқари уларда паузалар кузатилмаган. Аммо тинч нафас олиш давридаги ҳамда апноэ пайтида ҳам паузалар бўлган бошқа ҳолларга қараганда охирги ҳолатда улар кўпроқ ва узоқроқ давом этганлиги аниқланган.

Нафас олиш бузилиши бўлган 6 нафар беморда қоринча (4 нафар бемор) ёки қоринча усти (2 нафар бемор) экстрасистолаларининг пайдо бўлиши кузатилди. Бу жуда кам - фаол аритмия билан оғриган барча беморларнинг 0,07 қисмида ёки тунги турдаги бундай бузилишлар билан оғриган беморларнинг ярмида кузатилган. Гипапноэ фазасида фаол аритмиялар кўпроқ кузатилганлигини хам қайд этилган.

Ритм ва ўтказувчанлик бузилишининг тунги тури бўлган жами 25 нафар бемордан 18 (0,72) нафарида аритмиянинг нафас тўхташи билан боғлиқлиги аниқланган (2-расм). Бу кўплаб муаллифларнинг апноэ тунги аритмияларнинг келиб чиқишида етакчи рол ўйнаши ҳақидаги фикрини тасдиқлайди [5, 6]. Эҳтимол, ритмнинг тунги бузилишларини аниқлаш беморни обстриктив уйқу апноэ мавжудлигини текшириш учун мутлоқ кўрсатма (респиратор мониторинг ўтказиш) деган фикрга қўшилиш лозим. Биз текширган гуруҳда 9 нафар беморда (0,11) асистолияга олиб келадиган ва даволаш тактикасини жарроҳлик йўли билан аниқлашни талаб қиладиган клиник жиҳатдан аҳамиятли аритмиялар мавжуд эди.

Бу апноэ билан боғлиқ бўлган ритм ва ўтказувчанлик бузилишлари муаммоси нафақат илмий қизиқиш, балки катта клиник аҳамиятга эга эканлигини тасдиқлайди.



2-расм. **Мониторинг маълумотлари бемор А., 72 ёш. 87% гача гипоксемия билан тез-тез учрайдиган гипопноэ эпизодлари, РПГда "тароқ" типидаги нақш шаклланиши билан амплитуданинг бироз пасайиши. Диспноэ (нафас олишнинг тикланиши) фазасида тригеминия типидаги бўлмача экстрасистолияси пайдо бўлган**

Аритмиянинг апноэ билан боғлиқлиги кўпинча обструктив уйқу апноэсининг оғир шаклида кузатилган, аммо аритмиянинг оғирлиги ҳар доим ҳам обустриктив уйқу апноэсининг оғирлиги билан боғлиқ бўлмаган. Бешта ҳолатда узоқ паузалар оғир бўлмаган обустриктив уйқу апноэсида учраши аниқланган ва энг узоқ асистолия даври (7900 мс гача) обустриктив уйқу апноэсининг енгил даражаси (апноэ индекси 5) бўлган беморда кузатилган. Шундай қилиб, аритмияларнинг апноэ билан боғлиқлигини аниқлаш обструктив уйқу апноэсининг оғирлигидан қатъий назар амалга оширилиши керак.

Оғир бўлмаган обструктив уйқу апноэда апноэ билан боғлиқ жиддий аритмияларнинг аниқланиши бундай беморларни даволашнинг тўғри тактикасини танлаш масаласини кўндаланг қўяди. Маълумки, оғир даражадаги обструктив уйқу апноэси билан оғриган беморларда юзага келадиган тунги паузалар мусбат босим терапияси (СИПАП терапияси) ёрдамида самарали даволанади. Баъзи муаллифлар самарали терапия фонида юрак уриши паузаларининг ҳатто бутунлай йўқолишини таъкидлайдилар [5]. Бироқ, обструктив уйқу апноэсининг енгил даражасида беморларнинг СИПАП-терапияга мойиллиги жуда паст бўлади - улар уни ўтказишдан бош тортадилар ёки бутун тун давомида эмас, балки унинг озгина қисмида ниқобда ухлайдилар [6]. Уларда паузалар сақланиб қолиши мумкин ва, эҳтимол, бундай беморлар барибир стимулятор ўрнатишга номзод бўлади.

Синоаурикуляр ёки атриовентрикуляр блокада туфайли тунги аритмиялар, айниқса юрак ритми паузалари бўлган барча беморлар апноэ диагностикасига ва ритм бузилишларининг нафас олиш бузилишлари билан боғлиқлигини баҳолашга муҳтожлигини ҳисобга олиб, ушбу гуруҳда нафас олиш бузилишлари скринингини ўтказиш алоҳида аҳамиятга эга. Апноэни аниқлашда скрининг усулларининг диагностик аҳамиятини баҳолаш учун брадикардия эпизодлари мавжудлиги, гипоксемия пайдо бўлиши ёки РПГ бўйича апноэ-гипопноэ индекси аниқланиши каби белгиларнинг сезгирлиги ва ўзига хослиги аниқланди. Бу нафақат тўғри ритмда, балки RR-интервали ўзгарувчан бўлган бир қатор беморларда ҳам кузатилмади.

Шундай қилиб, RR-интерваллар динамикаси мустақил диагностика усули бўла олмайди, балки фақат баъзи беморларда обструктив уйқу апноэсини гумон қилишга имкон беради. Апноэ эпизодларини юрак қисқаришлар динамикаси бўйича миқдорий баҳолашнинг аниқлиги мос равишда баҳоланмаган.

Қонда кислороднинг камайиши эпизодлари апноэ билан аниқроқ қўшилиб келди - усулнинг сезгирлиги 0,56 ни ташкил этди, жуда юқори ўзига хослик - 0,96. Бундай ўзига хослик апноэдан ташқарида гипоксемия деярли учрамаслиги билан боғлиқ бўдган. Қисқа муддатли апноэ ёки гипопное эпизодларида қондаги кислород миқдори камайишга улгурмаганлиги ва бундай эпизодлар оксигемоглобин таркиби графигидан сезиларли тарзда кўринмаганлиги сабабли сезувчанликнинг пастроқ рақамлари ҳосил бўлган.

Ушбу усулнинг сезгирлиги обстректив уйқу апноэсининг билан оғриган беморларда (0,71 гача) ва унинг оғирлик даражаси ошганда - синдромнинг енгил шаклида 0,57 дан ва оғир шаклида 0,80 гача ошишги кузатилган. Бироқ, ҳатто оғир обструктив уйқу апноэсида ҳам, беморларда 400-670 тагача эпизодлар бўлганда, шундай қилиб, гипоксемия эпизодларини аниқлаш юқори ўзига хослик билан оғир обустриктив уйқу апноэсининг мавжудлигини тасдиқлаши мумкин - бу усул бошланғич шаклларни ташхислаш учун кам яроқли ҳисобланади. Бундан ташқари, қондаги кислород миқдорини узоқ вақт давомида кузатиб борадиган асбоблар амалий соғлиқни сақлаш муассасаларида кам тарқалган, бу ҳам бу усулни скрининг усули сифатида камроқ қўллашга сабаб бўлмокда.

Бошқа муаллифлар ҳам РПГ усулининг юқори сезгирлигини таъкидлаб, ўз ишларида 67 дан 100% гача бўлган рақамларни келтирадилар [6, 7]. Шуни таъкидлаш керакки, РПГ усули барча текширилган беморлардан маълумотларни олиш имконини берди, бунда ҳеч қандай қўшимча сенсорларни ўрнатиш зарурати йўқ. РПГ бўйича апноэ эпизодлари сони ҳам камайган, аммо унчалик аҳамиятли эмас - уларнинг 0,79 таси аниқланган. Шуни таъкидлаш керакки, апноэ сонини баҳолашнинг тўғрилиги ҳам енгил, ҳам оғир даражадаги обустриктив уйқу апноэсининг билан оғриган беморларда деярли фарқ қилмаган.

Эътиборли жиҳати шундаки, скрининг усулларидан (ҳам РПГ, ҳам пулсоксиметрия) фойдаланилганда, эпизодлар сони сезиларли даражада камаяди. РПГ нинг ўзига хослиги пастроқ эди - атиги 0,85ни ташкил қилган. Шунингдек 0,15 беморда апноэ пайтидаги ўзгаришларни эслатувчи РПГдаги ўзгаришлар хатоликлар туфайли пайдо бўлган бўлиши мумкин. Бизнинг фикримизча, скрининг усули ўзига хослиги пастроқ бўлса ҳам, беморларни ўтказиб юбормаслик учун юқори сезгирликка эга бўлиши керак, чунки ташхисни текшириш кардиореспиратор мониторинги каби ўзига хос усуллардан фойдаланган ҳолда амалга оширилиши лозим.

Кўпинча нима учун биз ОУАС да РПГ да нафас тўхташини кўрамиз деган савол туғилади -, обструктив апноэда эса марказий апноэдан фарқли ўлароқ, кўкрак қафасининг ҳаракатлари сақланиб қолиши ва нафас ҳаракатларининг йўқлиги эпизодлари бўлмаслиги керак?

Ҳақиқатан ҳам, агар обструктив уйқу апноэси билан оғриган беморда мунтазам нафас олиш фонида ягона апноэ кузатилса, кўкрак қафасининг ҳаракатлари одатда сақланиб қолади. Лекин нафас тўхташлари сони кўп ва ифодаланган бўлса, яъни улар вақтнинг анчагина қисмини эгаллаб олса, нафас олиш фазасида (диспное фазасида) гипервентиляция - нафаснинг ифодаланганлиги кузатилади.

Тадқиқотдаги беморларда хаёт сифати кўрсаткичларини баҳолаш учун ЖССТ томонидан тавсия этилган WHOQOL-BREF умумий сўровномаси ва ОУАС учун мослаштирилган САҚЛ сўровномаси қўлланилган [8]. Биринчиси гуруҳланган 26 та саволни ўз ичига олган. Ҳар бир савол 1 дан 5 гача бўлган шкала бўйича баҳоланди. Иккинчи сўровнома кун давомида уйқу сифати ва ўзини қандай ҳис қилишига бағишланган 1 дан 7 гача баҳоланган 14 та саволдан иборат эди. Иккала ҳолатда ҳам юқори балл муаммо, ёқимсиз ҳис-туйғулар, салбий ҳис-туйғулар ва бошқаларнинг йўқлигига тўғри келди. Тадқиқот бошида САҚЛ сўровномаси бўйича ўртача баҳо сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморлар гуруҳида энг яққол фарқ қилганлиги аниқланган. Зўриқиш стенокардияси билан оғриган беморларнинг кичик гуруҳларида ҳам сезиларли фарқ бор эди. Ўртача САҚЛ балли паст индекс апное-гипапнойи (ИАГ) билан оғриган беморларда 4,7±0,3 га, юқори ИАГ билан оғриган беморларда 3,1±1,2 га тенг бўлди ($p<0,01$). Бу гуруҳ бошқа нозологиялар орасида ҳам энг паст баҳога эга бўлди. Зўриқиш стенокардияси кичик гуруҳида паст ИАГ билан ўртача балл 6,3±0,8, юқори ИАГ билан - 5,9±0,6 ($p<0,05$) ни ташкил этди.

Уйқу функциясининг бузилиши беморларнинг умумий жисмоний ва ҳиссий ҳолатининг ёмонлашуви билан ўзаро боғлиқлиги шубҳасиз бўлиб чиқди, шу билан бирга агар зўриқиш стенокардияси билан оғриган ёки клиник жиҳатдан ифодаланган юрак етишмовчилиги билан оғримаган беморлар орасида компенсация захираси ҳали ҳам мавжуд бўлса, қон айланишининг яққол етишмовчилигида уйқуда нафас олишнинг бузилиши жисмоний ноқулайликни ҳам, руҳий ҳолатни ҳам тўғридан-тўғри кучайтиради. Шуни таъкидлаш керакки, барча гуруҳларда шкалалар бўйича баҳолаш максимал даражага етмаган. Энг юқори кўрсаткич (6,3 балл - мах нинг 90% и) умумий кунлик саломатлик масалалари бўйича зўриқиш стенокардияси (САҚЛ) билан оғриган беморлар орасида кузатилган бўлса, минимал кўрсаткич (1,2 балл - мах нинг 24% и) юқори ИАГ бўлган беморлар гуруҳида кузатилган.

Хулосалар.

1. Ритм ва ўтказувчанликнинг тунги бузилишлари кўпчилик беморларда апноэ эпизодлари билан боғлиқ бўлади, шу билан бирга оғир аритмиялар - ҳатто асистолиягача - обструктив уйқу апноэсининг оғирлигидан қатъий назар, нафас тўхташи эпизодлари билан қўзғатилиши мумкин, шу муносабат билан юрак ритми тунги паузалари бўлган беморларда нафас бузилишлари диагностикасини ўтказиш зарур.

2. Апноэни аниқлашнинг ўрганилган скрининг усуллари орасида реопневмограмма энг юқори сезувчанликни кўрсатади (0,81 гача), пулсоксиметрияда эса у ҳатто оғир даражадаги ОУАС ҳам камроқ, юрак уриш тезлиги динамикаси бўйича эса фақат апное борлигига шубҳа қилиш мумкин.

3. Реопневмограмма назорати билан Холтер мониторинги нафақат апноэ эпизодларини аниқлашга, балки уларнинг ритм бузилишларига ва миокард ишемияси эпизодларининг пайдо бўлишига таъсирини баҳолашга имкон беради.

АДАБИЁТЛАР

1. Бузунов Р.В. Обструктив уйқу апноэси синдромини мусбат ҳаво йўли босимини яратиш орқали даволаш. – Москва, 2024. – 13-бет.

2. Веин А.М., Элигулашвили Е.С., Полуектов М.Г. Уйқу апноэси синдроми ва бошқа уйқу билан боғлиқ нафас олиш бузилишлари: клиник хусусиятлари, диагностикаси, даволаш. – М.: Эидос Медиа, 2022. – 310-бет.

3. Дурсуноглу Д. Обструктив уйқу апноэсида юрак-қон томир касалликлари // Сил ва Торсас Дергиси. – 2023. – 54-жилд, №4. – 382–396-бетлар.

4. Лйшова О.В., Иванникова С.В., Смолянинов С.В. Уйқу апнеси синдромини ташхислашда скрининг усуллари.

5. Панжоб N.M. Катталардаги обструктив уйқу апнесининг эпидемиологияси // Proc. Am. Toracic Society. – 2018. – 5-жилд, №2. – 136–143-бетлар.

6. Пекмезович Z., Конжевич М. Уйқу апнесида Холтер мониторинги // Аритмология хабарчиси. – 2019. – А илова. – 129-бет.

7. Чазова И.Э. Обструктив уйқу апноэси синдроми ва унга боғлиқ юрак-қон томир асоратлари // Россия кардиология журнали. – 2024. – №1. – 75–86-бетлар.

8. Young T., Peppard E. P., Gottlieb D. J. Epidemiology of Obstructive sleep apnea. Ам Ж 6. Respir Crit Care Med; 2002; 165:1217-39.

9. Менон Л., Рудраражу П., Даниал В. эт ал. Обструктив уйқу белгиларининг тарқалиши 7. Шаҳар бирламчи тиббий ёрдам клиникасига мурожаат қилган беморларда апноэ. Int J Pub Health, 2011;