

Волченкова У.В., Шейбак У.О.

ВЛИЯНИЕ РИСКА СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ТИПОПНОЭ СНА НА ХАРАКТЕР ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Научный руководитель: ст. преп. Благодчинная К.В.

*Кафедра нервных и нейрохирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Частота болевого синдрома и нарушений сна в популяции неуклонно растет. Гипоксия при синдроме обструктивного апноэ сна (СОАС) потенцирует ишемию головного мозга, усугубляя боль через общие нейромедиаторные механизмы регуляции циркадных ритмов и ноцицепции, что делает изучение взаимосвязи СОАС и болевого синдрома актуальной проблемой современной медицинской науки.

Цель: оценить взаимосвязь между риском СОАС и клинико-лабораторными характеристиками хронического болевого синдрома (ХБС).

Материалы и методы. В исследование было включено 35 пациентов с ХБС, проходивших лечение в неврологических и нейрохирургических отделениях в период с 01.03.26 по 01.04.26. Оценка риска СОАС проводилась при помощи теста «STOP-Bang Questionnaire», выраженности ХБС – с использованием анкеты «Pain, Enjoyment of Life and General Activity-3 Scale (PEG-3)».

Результаты и их обсуждение. Соотношение полов в группе: женщины – 82,9% (n=29), мужчины – 17,1% (n=6); средний возраст – $51,7 \pm 12,9$ лет (диапазон 18-79 лет). По результатам теста «STOP-Bang Questionnaire» пациенты были разделены на 3 подгруппы: с низким (I) (n=9, 25,7%), средним (II) (n=12, 34,3%) и высоким (III) (n=14, 40,0%) риском СОАС. Суммарный балл по результатам опросника PEG-3 в группе составил в среднем $20,9 \pm 6,56$: в I группе – $16,3 \pm 6,86$, во II – $22,0 \pm 4,96$, в III – $20,5 \pm 6,66$, но статистически значимой корреляции между субъективной оценкой выраженности ХБС и уровнем риска СОАС обнаружено не было (тест Краскела-Уоллиса, $p > 0,05$). Доля пациентов, имеющих риск избыточного приема нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) в качестве самолечения, в I подгруппе составила 11,1%, во II – 8,3%, в III – 78,6%; различие между подгруппами статистически значимо (точный критерий Фишера, $p < 0,001$). В условиях стационара пациентам из II (n=6, 50,0%) и III (n=5, 35,7%) подгруппы достоверно чаще ($p = 0,012$) назначалась адъювантная терапия антидепрессантами. Оперативное вмешательство выполнялось 54,3% (n=19) пациентов из общей группы, распределение по подгруппам риска следующее: I подгруппа – n=3 (33,3%), II – n=6 (50,0%), III – n=10 (71,4%). Хотя различия в частоте нейрохирургических вмешательств между подгруппами не достигают статистической значимости ($p > 0,05$), наблюдается чёткая тенденция: чем выше риск СОАС, тем чаще требуется оперативное лечение. Для оценки выраженности воспалительного процесса анализировались уровни лейкоцитов (WBC), нейтрофилов (Нф), а также значения СОЭ, С-реактивного белка (CRP), ревматоидного фактора (РФ), ферритина и фибриногена в крови. Из всех исследованных маркеров только уровни WBC ($8,9 \cdot 10^9/\text{л}$ против $7,5 \cdot 10^9/\text{л}$, $p = 0,07$) и Нф (60,1% против 54%, $p = 0,34$) продемонстрировали тенденцию к повышению у пациентов с высоким риском СОАС, что может указывать на субклиническое воспаление.

Выводы. 74,3% пациентов с ХБС имели как минимум средний риск наличия СОАС. Хотя суммарная субъективная оценка выраженности болевого синдрома между подгруппами не является статистически значимой, пациенты с высоким риском СОАС чаще имеют тенденцию к злоупотреблению НПВС, а в стационаре им чаще требуется назначение адъювантной терапии антидепрессантами и оперативное лечение. Это позволяет с осторожностью предполагать, что СОАС усугубляет ХБС. Тенденция к повышению у пациентов с высоким риском СОАС уровней WBC и Нф в крови может отражать наличие субклинического системного воспаления, однако для точной оценки требуется увеличение объема выборки и включение в анализ более чувствительных маркеров (ИЛ-6, ФНО-а).