

ИНСОМНИЯ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПУТИ КОРРЕКЦИИ

Проф. А. А. Опарин, И. О. Балаклицкая

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В работе показано, что инсомния является одной из актуальных коморбидных патологий при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). При ГЭРБ отмечаются основные особенности инсомнии: нарушение сна увеличивается с возрастом и поражает чаще женщин, пациенты имеют легкую и умеренную инсомнию, по опроснику PSQI достоверные различия обнаружены в выраженной дневной сонливости, существенно снижен физический компонент качества жизни, симптоматика ГЭРБ, включая инсомнию, более выражена у пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью. Основные причины нарушения сна при ГЭРБ: рефлюкс, ночная изжога, тревога и депрессия. Среди этих факторов одно из ведущих мест принадлежит психосоматическим нарушениям. Среди направлений коррекции инсомнии при ГЭРБ выделяют: дополнительный прием ингибиторов протонной помпы в вечернее время, прием рамелтеона и препаратов мелатонина. Связь между нарушением сна и симптоматикой ГЭРБ является двунаправленной, как и между депрессией и бессонницей.

Ключевые слова: *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, инсомния, ингибиторы протонной помпы, рамелтеон, мелатонин.*

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является всемирно распространенным заболеванием [9, 14], но этот показатель существенно отличается в разных странах (от 2,5 % в Китае до 51,2 % в Греции). Среди факторов риска ГЭРБ выделяют: возраст равен или старше 50 лет, курение, употребление нестероидных противовоспалительных средств, ожирение, низкий социоэкономический статус [7, 12]. Одновременно с этим ГЭРБ все чаще возникает среди лиц молодого возраста [16]. В то же время сложность своевременной диагностики ГЭРБ заключается в том, что кроме пищеводных симптомов, есть и внепищеводные, которые существенно модифицируют течение данного заболевания.

Среди внепищеводных проявлений ГЭРБ наравне с кардиальными, бронхопульмональными и орофарингеальными симптомами особое место занимает наименее изученное нарушение сна. Джонсон Д. предложил свою версию известной модели «айсберга» Каstellла проявлений ГЭРБ. В их понимании наибольшую «подводную» часть таких проявлений занимает именно нарушение сна [15].

Явление бессонницы вообще широко распространено в общей популяции и составляет

20–48 %. В 2007 году нарушение сна было одной из трех важнейших причин обращения взрослых граждан США к доктору [18]. Уменьшение продолжительности сна может стать причиной ожирения, инсулиновой резистентности, гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний [11]. На сегодняшний день нарушение сна и ГЭРБ, по данным многочисленных исследований, имеет доказанную связь. Несмотря на небольшие колебания в цифрах: по данным одних авторов 35,9 % пациентов с ГЭРБ имели нарушение сна по сравнению с контрольной группой — 14,7 % [20], а других авторов — 53,9 % и 39,3 %, соответственно [6], здесь показана достоверная разница.

В целом, распространенность бессонницы у ГЭРБ-пациентов колеблется от 26 до 65 %, хотя некоторые авторы считают, что этот процент выше — 40–68 % [6].

Особенности нарушений сна при ГЭРБ. В результате проведенных исследований было установлено, что нарушение сна увеличивается с возрастом и поражает скорее женщин (20,5–21,5 %), чем мужчин (17,3–22,3 %) [6, 10]. Согласно индексу тяжести инсомнии (ISI), среди пациентов с ГЭРБ 37 % имели легкую инсомнию, 35 % умеренную и 8 % — серьезную инсомнию [6].

Согласно опроснику PSQI, 30 % больных ГЭРБ спали меньше 5 часов [19], и достоверные различия были обнаружены в наличии дневной сонливости, которая была более распространена у пациентов с ГЭРБ [6]. Так как симптомы ГЭРБ влияют на рабочую продуктивность, сон, питание, дневную активность [13] и эмоциональный статус [4, 28], все это приводит к снижению качества жизни. Поэтому пациенты с ГЭРБ и нарушением сна имели более низкие показатели качества жизни, связанные со здоровьем, в сравнении с ГЭРБ без нарушения сна. Физический компонент качества жизни был особенно снижен [6].

Одновременно с этим большой интерес представляют особенности нарушения сна при различных клинических формах ГЭРБ. У пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ) нарушение сна и дневная дисфункция встречаются чаще по сравнению с эрозивной рефлюксной болезнью (ЭРБ) [4, 28], и это объясняется тем, что уменьшение сна провоцирует висцеральную гиперчувствительность, включенную в патогенез НЭРБ [19]. Так, исследования показывают, что нарушение сна у пациентов с НЭРБ, по данным разных авторов, составляет от 45,1 [20] до 54 % [2], тогда как с ЭРБ — 16,6–24,2 % [20], но есть исследования, которые по опроснику PSQI не выявили этой разницы [19]. Согласно Афинской шкале инсомний (AIS), у пациентов с НЭРБ в сравнении с ЭРБ и контрольной группой все показатели этой шкалы, кроме продолжительности сна, были существенно выше (хуже). Также в этом исследовании по Шкале госпитальной тревожности и депрессии (HADS) была выявлена более высокая связь между НЭРБ и тревожностью, депрессией, чем при ЭРБ. Итак, симптоматика ГЭРБ встречалась чаще и была более выражена у пациентов с НЭРБ [4, 28].

Причины нарушения сна. Инсомния при ГЭРБ может иметь несколько причин. При этом ночной рефлюкс и ночная изжога рассматриваются как основные причины. Если пациенты с ГЭРБ чувствуют вышеупомянутые симптомы в положении лежа, то у них возникают как трудности с засыпанием, так и прерывистый сон [19].

Здоровые люди во время сна не испытывают гастроэзофагеальные рефлюксы [18], в отличие от 89 % пациентов с ГЭРБ, у которых случаются ночные симптомы рефлюкса [19]. Рефлюкс преимущественно происходит в фазу дремоты [18], нарушая при этом процесс засыпания.

Кроме этого, ночные рефлюксы чаще случаются в фазу медленного сна и реже в фазу быстрого сна. При этом остается дискуссионной роль сфинктеров пищевода в формировании ночных рефлюксов при ГЭРБ. Так, некоторые авторы считают, что в отличие от верхнего пищеводного сфинктера (ВПС), нижний (НПС) не зависит от сна и поддерживает сжатие во всех его фазах. ВПС образован поперечно-полосатыми, а не гладкими мышцами и может различать жидкий и газообразный рефлюксат. При газовом рефлюксе он расслабляется, а сжимается при жидком. Кроме этого, он препятствует току воздуха в пищевод во время вдоха и при отрицательном внутригрудном давлении. В норме базальный тонус ВПС выше, чем НПС, но ВПС зависит от положения тела и ниже всего при лежании на левом боку, а выше всего при лежании на спине. Во время медленной фазы сна давление в ВПС падает с 60 мм (при засыпании) до 4 мм в третьей части медленной фазы. Вторичная перистальтика пищевода сохраняется во время второй (быстрой) фазы сна, но исчезает во время медленной фазы [18]. Нарушенная функция ВПС ощутимо влияет на заброс кислоты в дыхательные пути и глотку при нарушении сна и других синдромах, связанных с ларингофарингеальным рефлюксом.

В свою очередь, НПС является главным барьером против гастроэзофагеального рефлюкса во время сна, однако слаженная работа этого барьера может нарушиться, если возникает сочетание спонтанного (проходящего) расслабления НПС и гипотензия НПС, грыжа пищевода, повышенное внутрижелудочное давление или нарушение эзофагеального клиренса [18]. Ночные рефлюксы в сравнении с дневными являются более агрессивными [3]. Во время сна наблюдается физиологическое снижение тонуса НПС, выраженное уменьшение частоты глотательных движений и секреции слюны. Все это в сочетании с изменениями в тонусе ВПС приводит к пищеводным и ларингеальным повреждениям слизистой. В частности, резко увеличивается риск развития аденокарциномы пищевода у больных, у которых отмечается наличие ночных симптомов в течение 5 и более лет [1].

Следующими причинами нарушения сна при ГЭРБ, после ночного рефлюкса и изжоги, является наличие тревоги и депрессии [20], отмеченные у значительного числа пациентов с данной

патологией, которые будут подробно нами рассмотрены ниже.

По мнению других авторов, один из механизмов нарушения сна связан с повреждением слизистой пищевода, в то время как другие исследователи отвергают этот механизм [19]. Некоторые авторы уделяют внимание вопросу наследственного фактора [5], в то время как обнаружено отсутствие влияния наследственности на связь между нарушениями сна и ГЭРБ [10].

Среди причин, связанных с образом жизни, именно низкое качество сна является одним из основных факторов риска для развития симптомов ГЭРБ [19].

Следующий фактор — неправильные привычки в питании, такие как поздняя еда и перекусы после ужина, также могут вызывать как ГЭРБ, так и нарушение сна. В исследовании было показано, что и ГЭРБ и неправильные привычки в питании связаны с короткой продолжительностью сна (менее 5 часов) [11].

Одновременно с этим остается актуальным вопрос: что первично — ГЭРБ или нарушение сна? Связь между нарушениями сна и симптомами ГЭРБ является, по данным исследований, двунаправленной [19], но эта связь сильнее между нарушениями сна и ГЭРБ [10]. Лишение сна как таковое ухудшает ГЭРБ из-за изменения пищевой восприимчивости к боли [32].

Формируется своеобразный порочный круг, при котором не только ГЭРБ прямо приводит к большей фрагментированности сна и беспокойному сну, но также плохой сон повышает чувствительность к боли слизистой пищевода в ответ на действие кислоты [31].

Нарушения сна и психосоматические нарушения при ГЭРБ. При исследовании нарушения сна и психосоматических нарушений при ГЭРБ было установлена двунаправленная связь между депрессией и бессонницей [10]. Известно, что нарушение сна и эмоциональные нарушения, включающие тревожность и депрессию, часто сопровождают ГЭРБ [4]. Плохой сон является причиной плохого настроения, что, в свою очередь, повышает чувствительность к симптомам депрессии. Склонность к описанию в негативном свете и преувеличению в симптомах более выражена у пациентов с депрессией [31]. В то же время ряд исследований показывает, что депрессия и тревожность намного больше распространены при нарушении сна, чем без него. При этом

не было различия между пациентами с ГЭРБ и без него [6]. В то же время некоторые авторы считают, что есть связь между ГЭРБ, тревогой, депрессией и нарушением сна [31].

Остается неизвестным, что в связи депрессии и ГЭРБ является первичным. Возможно, рефлюксные симптомы приводят к депрессии, заикливая и тревожа пациента. С другой стороны, психологические факторы могут повышать индивидуальную чувствительность к симптомам рефлюкса. В свою очередь, стрессоры могут снижать давление НПС, изменяя подвижность пищевода и увеличивая секрецию кислоты. Есть данные о том, что употребление антидепрессантов снижает тонус НПС. Но есть исследования, которые этого не подтверждают [26]. Еще одним объяснением того, что ГЭРБ может приводить к развитию депрессии, тревожности и нарушению сна, является воспалительный процесс, вызванный ГЭРБ, так как повышается продукция цитокинов и хемокинов слизистой пищевода, что в свою очередь может поражать ЦНС и вызывать различные нарушения в ментальной сфере [29].

Есть данные, что пациенты как с НЭРБ, так и эрозивной ГЭРБ имеют более частые проявления тревожности и депрессии по сравнению с контрольной группой [6]. Астеновегетативные нарушения регистрируются у 100 % больных с НЭРБ. При НЭРБ в сравнении с ЭРБ был сильнее выражен астеновегетативный синдром (наиболее часто отмечались раздражительность — 64 % и нарушение сна — 54 %). После психотропной терапии (транквилизаторы и антидепрессанты) данные симптомы достоверно уменьшились в 3 раза. Пациентам с ГЭРБ по опроснику ЛОБИ свойственны следующие наиболее часто встречающиеся типы отношения к болезни: тревожный ипохондрический, обесивно-фобический и неврастенический. Эти больные мнительны в отношении неблагоприятного течения болезни, находятся в подавленном (угнетенном) состоянии, «уходят в болезнь». По опроснику Спилберга–Ханина, личностная тревожность при НЭРБ в среднем 52 балла, реактивная тревожность — 39 баллов, контрольная группа — 30 и 22, соответственно [2, 17, 24]. Наличие депрессивного состояния было выявлено у 89 % больных с ГЭРБ [21, 22, 23].

Коррекция нарушений сна при ГЭРБ. На сегодняшний день остаются до конца не разработанными принципы коррекции инсомнии при

ГЭРБ, так как, во-первых, существует несколько теорий, объясняющих формирование инсомнии при ГЭРБ, во-вторых, наличие сопутствующей патологии при ГЭРБ делает порой невозможным применение тех или иных методов лечения инсомнии.

При этом есть данные о том, что с помощью антисекреторной терапии можно улучшить качество сна и тем самым увеличить рабочую продуктивность пациента [8]. По мнению некоторых авторов, например, рабепразол 10 мг каждый день в течение 8 недель снижает показатели PSQI-шкалы [30]. Эзомепразол 20 мг раз в день в течение 4 недель улучшает ночную изжогу и связанные с ГЭРБ нарушения сна [27]. Пантопразол в течение 1,4 месяца улучшал все нарушения сна у более чем 75 % пациентов [25]. Использование ингибиторов протонной помпы (ИПП) до обеда более эффективно, чем до завтрака, контролирует вызванные рефлюксом пробуждения. ИПП могут уменьшать нарушения сна, потому что контролируют ночные симптомы.

Существует мнение, что пациентам с ночными симптомами ГЭРБ необходимо дополнительно принимать препараты в вечернее время [1].

Однако сложность применения ИПП состоит в том, что происходит снижение симптомов ночного ГЭРБ и улучшается субъективное качество сна, но не объективное. Рефлюксат при ИПП терапии меняется от кислого (менее 4) к слабокислому или нейтральному (4–7). И кислый, и слабокислый рефлюксат могут вызывать симптомы рефлюкса. Слабокислый во время сна встречается так же часто, как и кислый. Но пациенты чаще ощущают именно кислый рефлюксат — 80 % по сравнению со слабокислым — 54 %. Известно, что кислый рефлюкс доминирует в первые два часа сна, слабокислый — в остальное время.

Возможно, механизмы формирования симптомов при кислом и слабокислом рефлюксе отличаются [18].

Среди препаратов, привлекающих сегодня интерес как в терапии ГЭРБ, так и инсомнии, является рамелтеон [32], который в отличие от других снотворных, в частности, золпидема, вызывает сон путем селективной активации рецепторов (MT1/MT2) к мелатонину. В свою очередь, интерес представляет применение собственно мелатонина, который ингибирует секрецию желудочной кислоты, контролирует нижний пищеводный сфинктер, базальное давление и обеспечивает защиту слизистой. Омепразол и мелатонин имеют похожую химическую структуру, поэтому некоторые авторы считают, что омепразол является «грубой копией» мелатонина. Прием мелатонина в течение 4–8 недель улучшает симптомы ГЭРБ. При сравнении действия мелатонина и ИПП после 40-дневного лечения выявили, что полное разрешение симптомов наблюдалось у пациентов, принимающих мелатонин. Рамелтеон улучшает симптомы ГЭРБ путем прямого влияния на физиологические факторы, которые обостряют болезнь. Выявлено, что этот препарат уменьшает время засыпания, увеличивает общую продолжительность сна и тем самым уменьшает проявление хронической бессонницы [32].

Нерешенные вопросы: сон и ГЭРБ. Остается ряд нерешенных вопросов течения, диагностики и лечения инсомнии при ГЭРБ. Не разработаны принципы терапии инсомнии при ГЭРБ в зависимости от особенностей психосоматических проявлений, клинической формы ГЭРБ, наличия коморбидной патологии, особенностей вегетативного статуса. Также остается недостаточно изученной роль и место препаратов мелатонина как одного из ведущих регуляторов сна в коррекции инсомнии при ГЭРБ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Гастрозофагеальна рефлюксна хвороба та її рефрактерна форма: сучасні уявлення про діагностику і лікування: навч. посіб. / Т. Д. Звягінцева та ін. Харків: Друкарня Мадрид, 2017. 110 с.
2. Трофимов В., Безруков Ю. Психосоматические аспекты лечения ГЭРБ // Архивъ внутренней медицины. 2015. № 5 (25). С. 55–61.
3. Щербиніна М. Гастрозофагеальна рефлюксна хвороба. Київ: Медкнига, 2013. 106 с.
4. Association of sleep dysfunction and emotional status with gastroesophageal reflux disease in Korea / J. Y. Kim, N. Kim, P. J. Seo et al. // Journal of Neurogastroenterology and Motility. 2013. Vol. 19 (3). P. 344–354. URL: <https://doi.org/10.5056/jnm.2013.19.3.344>.

5. Böhmer A. C., Schumacher J. Insights into the genetics of gastroesophageal reflux disease (GERD) and GERD-related disorders // *Neurogastroenterology and Motility*. 2017. Vol. 29, Iss. 2. P. 1–5. URL: <https://doi.org/10.1111/nmo.13017>.
6. Characteristics of Sleep Disturbances in Patients with Gastroesophageal Reflux Disease / N. Iwakura, Y. Fujiwara, M. Shiba et al. // *Internal Medicine*. 2016. Vol. 55 (12). P. 1511–1517. URL: <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.55.5454>.
7. Clinical characteristics and psychosocial impact of different reflux time in gastroesophageal reflux disease patients / J. H. Chen, S. H. Wen, C. S. Hsu et al. // *Journal of the Formosan Medical Association*. 2017. Vol. 116, Iss. 2. P. 123–128. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2016.01.016>.
8. Effect of Esomeprazole on Nighttime Heartburn and Sleep Quality in Patients with GERD: A Randomized, Placebo-Controlled Trial / D. A. Johnson, W. C. Orr, J. A. Crawley et al. // *The American Journal of Gastroenterology*. 2005. Vol. 100(9). P. 1914–1922. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2005.00285.x>.
9. Expert consensus document: Advances in the physiological assessment and diagnosis of GERD / E. Savarino, A. J. Bredenoord, M. Fox et al. // *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2017. Vol. 14 (11). P. 665–676. URL: <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2017.130>.
10. Gastroesophageal Reflux and Sleep Disturbances: A Bidirectional Association in a Population-Based Cohort Study, The HUNT Study / A. Lindam, Ness-E. Jensen, C. Jansson et al. // *Sleep*. 2016. Vol. 39 (7). P. 1421–1427. URL: <https://doi.org/10.5665/sleep.5976>.
11. Gastroesophageal reflux disease symptoms and dietary behaviors are significant correlates of short sleep duration in the general population: the Nagahama Study / K. Murase, Y. Tabara, Y. Takahashi et al. // *Sleep*. 2014. Vol. 37, Iss. 11. P. 1809–1815. URL: <https://doi.org/10.5665/sleep.4176>.
12. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: A meta-analysis / L. H. Eusebi, R. Ratnakumaran, Y. Yuan et al. // *Gut*. 2018. Vol. 67 (3). P. 430–440. URL: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2016-313589>.
13. Guan X. L., Wang H. Quality of life scales for patients with gastroesophageal reflux disease: A literature review // *International Journal of Nursing Sciences*. 2015. Vol. 2, Iss. 1. P. 110–114. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.02.003>.
14. Gyawali C. P., Fass R. Management of Gastroesophageal Reflux Disease // *Gastroenterology*. 2018. Vol. 154(2). P. 302–318. URL: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.07.049>.
15. Johnson D. A. Gastroesophageal reflux disease and sleep disorders: A wake-up call for physicians and their patients // *Reviews in Gastroenterological Disorders*. 2005. Vol. 5 (SUPPL. 2). S3–S11. URL: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L43009608>.
16. Kim G. H. It Is Time to Meet the Challenges of the Changing Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease // *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. 2018. Vol. 24(4). P. 507–509. URL: <https://doi.org/10.5056/jnm18152>.
17. Korniienko D., Oparin A. The use of ultrasound methods for the diagnosis of motor and evacuation disorders in gastroesophageal reflux disease with concomitant obesity // *Oxford Review of Education and Science*. 2016. Vol. 1(11). P. 414–419.
18. Lim K. G., Morgenthaler T. I., Katzka D. A. Sleep and Nocturnal Gastroesophageal Reflux: An Update // *Chest*. 2018. Vol. 154 (4). P. 963–971. URL: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.05.030>.
19. Oh J. H. Gastroesophageal reflux disease: recent advances and its association with sleep // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2016. Vol. 1380 (1). P. 195–203. URL: <https://doi.org/10.1111/nyas.13143>.
20. Okuyama M., Takaishi O., Nakahara K. Associations among gastroesophageal reflux disease, psychological stress, and sleep disturbances in Japanese adults // *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2017. Vol. 52(1). P. 44–49. URL: <https://doi.org/10.1080/00365521.2016.1224383>.
21. Oparin A., Korniienko D. Formation process of motor-evacuatory disorders in patients with gastroesophageal reflux disease and concomitant obesity // *Gastroenterologie a Hepatologie*. 2017. Vol. 71 (2). P. 145–149. URL: <https://doi.org/10.14735/amgh2017csggh.info01>.
22. Oparin A., Vnukova A. The role of the endothelial dysfunction in the mechanism of formation of gastroesophageal reflux disease in patients with ischemic heart disease // *Acta Clinica Croatica*. 2017. Vol. 56. P. 635–639. URL: <https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.04.08>.
23. Oparin A. A., Oparin A. G., Kudriavtsev A. A. Role of oxidative stress in formation mechanisms of gastroesophageal reflux disease in patients with diabetes mellitus type II and its correction // *The New Armenian Medical Journal*. 2018. Vol. 12, No 3. P. 67–72.
24. Oparin A., Bezjazychnaya N. Implementation mechanisms of psychosomatic disorders in gastroesophageal reflux disease with concomitant chronic obstructive pulmonary disease // *Medica Jadertina*. 2016. Vol. 46, No. 1–2. P. 125–132.
25. Prevalence of and impact of pantoprazole on nocturnal heartburn and associated sleep complaints in patients with erosive esophagitis / S. Kindt, J. Imschoot & J. Tack et al. // *Diseases of the Esophagus*. 2010. Vol. 24 (8). P. 531–537. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2011.01189.x>.

26. Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease in Major Depressive Disorder: A Population-Based Study / P.-H. Chou, C.-C. Lin, C.-H. Lin et al. // Psychosomatics. 2014. Vol. 55 (2). P. 155–162. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psym.2013.06.003>.

27. Rapid resolution of sleep disturbances related to frequent reflux: effect of esomeprazole 20 mg in two randomized, double-blind, controlled trials / D. A. Johnson, A. Le Moigne, V. Hugo et al. // Current Medical Research and Opinion. 2015. Vol. 31 (2). P. 243–250. URL: <https://doi.org/10.1185/03007995.2014.991818>.

28. Relationships between sleep disturbances and gastroesophageal reflux disease in Asian sleep clinic referrals / G. Ju, I. Y. Yoon, S. D. Lee et al. // Journal of Psychosomatic Research. 2013. Vol. 75 (6). P. 551–555. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.10.004>.

29. Risk of psychiatric disorders following gastroesophageal reflux disease: A nationwide population-based cohort study / Z. H. You, C. L. Perng, L. Y. Hu et al. // European Journal of Internal Medicine. 2015. Vol. 26 (7). P. 534–539. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.05.005>.

30. Sleep Dysfunction in Japanese Patients with Gastroesophageal Reflux Disease: Prevalence, Risk Factors, and Efficacy of Rabeprazole / Y. Fujiwara, Y. Kohata, M. Kaji et al. // Digestion. 2010. Vol. 81(3). P. 135–141. URL: <https://doi.org/10.1159/000253849>.

31. The association between gastroesophageal reflux disease with sleep quality, depression, and anxiety in a cohort study of Australian men / Z. X. On, J. Grant, Z. Shi et al. // Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2017. Vol. 32 (6). P. 1170–1177. URL: <https://doi.org/10.1111/jgh.13650>.

32. The effect of ramelteon on heartburn symptoms of patients with gastroesophageal reflux disease and chronic insomnia a pilot study / L. K. Jha, R. Fass, R. Gadam et al. // Journal of Clinical Gastroenterology. 2016. Vol. 50 (2). P. 19–24. URL: <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000322>.

ІНСОМНІЯ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, МЕХАНІЗМИ ВИНИКНЕННЯ ТА ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ

Проф. О. А. Опарін, І. О. Балаклицька

У роботі показано, що інсомнія є однією з актуальних коморбідних патологій при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі (ГЕРХ). При ГЕРХ спостерігаються основні особливості інсомнії: порушення сну збільшується з віком та уражує частіше жінок, пацієнти мають легку та помірну інсомнію, за опитувальником PSQI достовірну різницю виявлено у вираженій денній сонливості, суттєво знижено фізичний компонент якості життя, симптоматика ГЕРХ більше виражена у пацієнтів із неерозивною рефлюксною хворобою. Основні причини порушення сну при ГЕРХ: рефлюкс, нічна печія, тривога і депресія. Серед цих факторів одне з провідних місць належить психосоматичним порушенням. Серед напрямів корекції інсомнії при ГЕРХ виступають на передній план: додаткове приймання інгібіторів протонної помпи у вечірній час, приймання рамелтеону і препаратів мелатоніну. Зв'язок між порушенням сну та симптоматикою ГЕРХ є двоспрямованим, як і між депресією та безсонням.

Ключові слова: *гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, інсомнія, інгібітори протонної помпи, рамелтеон, мелатонін.*