

23. Papas, A., He, T., Martuscelli, G., Singh, M., Bar-tizek, R. D., Biesbrock, A. R. (2007). Comparative Efficacy of Stabilized Stannous Fluoride/Sodium Hexametaphosphate Dentifrice and Sodium Fluoride/Triclosan/Copolymer Dentifrice for the Prevention of Periodontitis in Xerostomic Patients: A 2-Year Randomized Clinical Trial. *Journal of Periodontology*, 78 (8), 1505–1514. doi: 10.1902/jop.2007.060479

24. Slim, H. L., Cheryl, T. (2012). Xerostomia: A Continuing Challenge for Oral Healthcare Professionals. Crest Oral-B at dentalcare.com Continuing Education Course. Available at: <http://www.dentalcare.com/en-US/dental-education/continuing-education/ce96/ce96.aspx?ModuleName=additionalreference&PartID=-1&SectionID=-1>

25. Villa, A., Polimeni, A., Strohmenger, L., Cicciù, D., Gherlone, E., Abati, S. (2011). Dental patients' self-reports of xerostomia and associated risk factors. *The Journal of the American Dental Association*, 142 (7), 811–816. doi: 10.14219/jada.archive.2011.0269

26. White, D. J. Lawless, M. A. Fatade, A., Baig, A., Koppenfels, von R., Duschner, H., Götz, H. (2007). Stannous fluoride/sodium hexametaphosphate dentifrice increases dentin resistance to tubule exposure in vitro. *J. Clin. Dent.*, 18 (2), 55–59.

27. He, T., Barker, M. L., Qaqish, J., Sharma, N. (2011). Fast onset sensitivity relief of a 0.454 % stannous fluoride dentifrice. *J. Clin. Dent.*, 22 (2), 46–50.

28. Qaqish, J., Sharma, N. (2014). A clinical study to assess the effect of stabilized stannous fluoride dentifrice on hypersensitivity relative to a marketed sodium fluoride/triclosan control. *The Journal Clinical Dentistry*, 25 (2), 13–18.

29. Zhang, Y. (2008). The Oral Malodour Efficacy of a 0,454 % Stannous Fluoride Dentifrice. *J. Dent. Res.*, 87, 1539.

30. Terezhalmay, G. T., Biesbrock, A. R., Farrell, S. (2007). Tooth whitening through the removal of extrinsic stain with two sodium hexametaphosphate-containing whitening dentifrices. *Am. J. Dent.*, 20 (5), 309–314.

Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Політун А. М.
Дата надходження рукопису 21.09.2015

Марченко Наталія Сергіївна, аспірант, кафедра терапевтичної стоматології, ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації народної медицини», вул. Л. Толстого, 9, м. Київ, Україна, 01004
E-mail: natasha_email@ukr.net

УДК 616.329 – 002 + 616 - 005.4] - 06:616.8:159.963.27
DOI: 10.15587/2313-8416.2015.52184

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

© Г. Д. Фадеев, Е. В. Измайлова, Е. О. Крахмалова

Изучены нарушения сна и тяжесть депрессии у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) (группа 1) и ГЭРБ (группа 2). В группе 1 нарушения сна диагностированы в 61,54 % случаев, в группе 2 – в 44,83 %. Тяжесть инсомнии и депрессии были более выражены в группе коморбидной патологии и коррелировали с тяжестью ГЭРБ, давностью ИБС, возрастом и массой тела пациента

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ишемическая болезнь сердца, коморбидность, нарушения сна, депрессия

Aim – to study the special features of sleep disorders and depression intensity in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) and GERD in conjunction with coronary artery disease (CAD) by the method of questionnaire and to compare results with clinical and functional manifestations of comorbidity.

Methods. There were examined 65 patients with GERD and CAD (group 1) and 29 patients with GERD (group 2). Sleep disorders and depression were studied using questionnaires: subjective sleep characteristics (SSC), (Epworth Sleepiness Scale (ESS), Beck scale for depression (BSD).

Results. Sleep disorders took place in 41 (61,54 %) patients from group 1 and 13 (44,83 %) patients from group 2. The mean point of SSC was 17,75±1,98 in group 1 opposite to 18,59±1,12 in group 2 ($p=0,043$). The mean point of ESS was 9,75±1,59 in group 1 opposite to 9,24±1,18 in group 2, $p=0,103$. The mean point of BSD was 11,89±4,38 in group 1 opposite to 8,86±1,30 in group 2, $p=0,004$. In the group 1 it was established a correlation between SSC and patient's age ($r=-0,320$; $p=0,0075$), BSD and age ($r=0,371$; $p=0,0024$), ESS and body mass index ($r=0,291$; $p=0,0188$). There were established correlations between duration of CAD and SSC ($r=-0,315$; $p=0,011$), CAD and ESS ($r=0,273$; $p=0,0280$), CAD and BSD ($r=0,379$; $p=0,0018$), GERD heaviness and SSC ($p=0,0498$), BSD and SSC ($r=-0,676$; $p=0,000$) and between BSD and ESS ($r=0,583$; $p=0,000$) in group 1. In group 2 ESS correlated with age ($r=0,379$; $p=0,0426$).

Conclusions. The conjunction of GERD and CAD can be considered as two mutually potential pathological processes that have a negative effect on such indicators as sleep and psycho-emotional status of patient

Keywords: gastroesophageal reflux disease, coronary artery disease, comorbidity, sleep disorders, depression

1. Введение

Расстройства сна являются общемировой медико-социальной проблемой, значительно ухудшающей показатели здоровья и качества жизни пациентов различного возраста: от детей [1] до лиц старших возрастных групп [2]. Распространенность данного явления, по результатам многочисленных исследований, в общей популяции составляет 20–48 %. Причинами расстройств сна могут быть изменение физического окружения, неблагоприятная психологическая обстановка, развитие определенных заболеваний. Как правило, больные с нарушениями сна имеют целый ряд коморбидных патологий, что диктует необходимость более серьезного подхода к проблеме, внедрения в общеклиническую практику обязательного скринингования пациентов при помощи специальных опросников для выявления данного патологического состояния.

Жалобы на бессонницу и снижение общего эмоционального статуса, вплоть до явных признаков депрессии – одна из наиболее часто встречающихся жалоб пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Одной из причин таких нарушений считают ночной рефлюкс, который может наблюдаться и у здоровых лиц, и более часто встречается при ГЭРБ [3, 4].

Ночная изжога беспокоит пациентов с ГЭРБ практически в 75 % случаев и значительно ухудшает их качество жизни. И, прежде всего, за счет невозможности релаксации организма во время полноценного сна. Крупное эпидемиологическое исследование «The 2006 US National Health and Wellness Survey» показало, что 88,9 % пациентов с ГЭРБ имели ночную симптоматику, 68,3 % – трудности со сном, 49,1 % – проблемы с засыпанием и 58,3 % – прерывистый сон [5].

В свою очередь, известно, что ночные рефлюксы могут провоцировать приступ стенокардии у пациентов, которые наряду с ГЭРБ имеют ишемическую болезнь сердца (ИБС). Данное заболевание является причиной нарушений циркадных ритмов человека. У больных ИБС наряду с нарушением циркадных ритмов наблюдаются нарушения сна, часто сопровождающиеся психическими расстройствами, что в совокупности утяжеляет течение патологии.

Есть данные, что около 20 % инфарктов миокарда и 15 % случаев внезапной смерти приходится на время ночного сна, при этом инфаркты миокарда, развившиеся в ночные часы, имеют более тяжелое течение и неблагоприятный прогноз. Приступы стенокардии также часто возникают в вечерние и ночные часы и вызывают инсомнию. Эмоциональное напряжение больных стенокардией усиливается из-за страха возникновения очередного приступа и смерти во сне [6].

2. Обоснование исследования

Несмотря на высокую значимость, проблема нарушений сна и депрессивных расстройств, при сочетании ГЭРБ и ИБС практически не изучена. Анализ литературы показал, что, как правило, внимание исследователей уделяется изучению взаимосвязи нарушений сна и тревожно-депрессивных расстройств при

какой-то одной из патологий. В то же время, сочетание ГЭРБ и ИБС – одно из самых распространенных не только в развитых странах мира, но и в нашей стране. Так, по данным отечественных ученых, до 40 % больных ИБС имеют поражение гастроэзофагеальной зоны и, в свою очередь, сопутствующая ИБС выявлена у 62,7 % пациентов с ГЭРБ [6].

Согласно литературным данным, психогенные факторы играют значительную роль как в патогенезе ГЭРБ, так и ИБС [7]. Существует тесная взаимосвязь между психоэмоциональным стрессом и механизмами нейрогуморальной регуляции антирефлюксного барьера. Нарушения психоэмоционального фона у пациентов с ГЭРБ являются одной из причин повышения чувствительности слизистой пищевода к желудочно-пищеводным рефлюксам, нарушения моторики пищевода и нижнего пищеводного сфинктера [8, 9]. Существуют данные о том, что коморбидные тревога и депрессия при ГЭРБ не только усугубляют течение заболевания, усложняют его лечение, снижают качество жизни пациентов, но и приводят к серьезным медико-социальным последствиям [10]. Вместе с тем, тревожно-депрессивные расстройства не всегда служат объектом внимания врачей-терапевтов [11].

Таким образом, сочетание двух патологий – ГЭРБ и ИБС, каждая из которых является самостоятельным триггером нарушений сна и настроения, может рассматриваться как взаимоотягощающее состояние с точки зрения частоты и тяжести инсомнии и депрессивных расстройств.

3. Цель исследования

Целью исследования являлось изучение характерных особенностей нарушений сна и выраженности депрессии у пациентов с изолированной ГЭРБ и ГЭРБ в сочетании с ИБС на основании анализа анкетирования и сопоставления полученных результатов с клинико-функциональными проявлениями коморбидных заболеваний.

4. Материалы и методы

Обследовано 2 группы пациентов. В группу 1 вошло 65 пациентов с сочетанием ГЭРБ и ИБС, в группу 2 – 29 пациентов с изолированной ГЭРБ.

Критериями включения пациентов в исследование являлись: диагностированная в анамнезе ИБС II-III функционального класса по Канадской классификации кардиологов (1999 г); наличие признаков гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) (изжога, регургитация, привкус кислого в ротовой полости и др.).

При верификации диагноза ГЭРБ придерживались Монреальского консенсуса, 2006 г. [12], Европейского (Gstaad Treatment Guidelines) [13] и американского (American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the management of GERD) [14] руководств по стратегии лечения ГЭРБ. Для выявления пищеводных проявлений и диагностики формы ГЭРБ (неэрозивная (НЭРБ) или эрозивная (ЭРБ) степеней А, В, С, пищевод Барретта) проводили видеогастроскопию

с использованием видеоэндоскопа фирмы «Olimpus» GIF-V-70 и «Fuginon» WG-88FP. Наличие признаков рефлюкс-эзофажита (РЭ) и степень его выраженности оценивали согласно Лос-Анджелеской классификацией (1994) (РЭ А, В, С) [15].

Среди обследованных группы 1 было 54 мужчины (83 %) и 11 женщин (17 %). Возраст пациентов данной группы варьировал в пределах 32–89 лет; медиана составляла 63 года. В группу 2 (сравнения) вошли 29 пациентов с изолированной ГЭРБ – 17 мужчин (59 %) и 12 женщин (41 %). Возраст пациентов группы 2 колебался в пределах 34–79 лет; медиана – 61 год.

Показатель индекса массы тела (ИМТ) в группе 1 варьировал от 22,09 кг/м² до 36,23 кг/м²; медиана 27,22 кг/м². В группе 2 показатели ИМТ колебались от 23,67 кг/м² до 31,10 кг/м², медиана – 27,13 кг/м².

Давность ГЭРБ среди пациентов основной группы (ГЭРБ и ИБС) варьировал в пределах от 0,5 до 11 лет; медиана – 4 года. Соответственно стаж заболевания в группе сравнения (изолированной ГЭРБ) варьировал в пределах от 1 до 7 лет; медиана 3 года.

Среди больных группы 1 (ГЭРБ и ИБС) было 21 пациент (32,3 %) без повреждения пищевода (НЭРБ). У 21 пациента (32,3 %) определена степень эзофажита А, у 21 (32,3 %) – степень В, у 2 (3,1 %) – степень С.

В группе 2 (изолированная ГЭРБ) деление больных по степени морфологических поражений пищевода было следующим: НЭРБ диагностирована у 17 (58,6 %) больных, эзофагит А- у 7 (24,2 %) эзофагит В- у 5 (17,2 %) и эзофагит С- у 0 (0,0 %) пациентов..

Давность ИБС в группе 1 варьировала в пределах от 3 месяцев до 21 года; медиана – 6 лет.

Большинство больных, включенных в исследование, имели умеренную стадию ИБС. Так, стабильная стенокардия I функциональный класс была диагностирована у 2 (3 %) больных, стабильная стенокардия II функциональный класс – у 18 (27 %) больных и стабильная стенокардия III функциональный класс. – у 45 (70 %) пациентов. Инфаркт миокарда левого желудочка (ЛЖ) в анамнезе имели 13 (20 %) пациентов, в том числе передней и латеральной стенок ЛЖ- 7 (54 %), задней стенки – 6 (46 %) обследованных из группы 1. Среди пациентов с сочетанием ГЭРБ и ИБС (группа 1) симптомы сердечной недостаточности – СН I функциональный класс по классификации ЮНА имели 23 (35 %) человек, СН II функциональный класс по ЮНА – 39 (60 %) человек и СН III функциональный класс по NYHA – 3 (5 %) пациентов.

С целью исследования нарушений сна использовали общепринятые опросники:

В качестве специального опросника использовалась «Шкала оценки гастроэнтерологических симптомов» – Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS). Опросник содержит 15 вопросов, сгруппированных в 5 шкал: интенсивность абдоминальной боли, синдрома гастроэзофагеального рефлюкса, запора, диареи, диспепсии. С помощью этого опросника самими пациентами оценивалась выраженность беспокоящих их симптомов в виде баллов по каждой шкале. Показатели каждой шкалы колеблются от 1 до 7 баллов, более

высокие значения соответствуют более выраженным симптомам и более низкому показателю качества жизни (КЖ). Также рассчитывался общий показатель гастроэнтерологической симптоматики.

Анкета балльной оценки субъективных характеристик сна (СХС, Вейн А. М., Левин Я. И., 1998), в которой качество сна характеризует общая сумма баллов: 22 балла – сон нормальный; 19–21 балл – пограничные значения; менее 19 баллов – нарушения сна. К субъективным характеристикам сна, которые предлагается оценить пациенту по 5-ти балльной системе, относятся: время засыпания и продолжительность сна, количество ночных пробуждений и сновидений, качество сна и утреннего пробуждения [16].

Эпвортская шкала сонливости (ЭШС, Epworth Sleepiness Scale), которая позволяет оценить выраженность дневной сонливости у взрослых по 8-ми жизненным ситуациям. Разброс значений может колебаться от 0 до 24 баллов. Суммарный балл 0–10 отражает нормальные значения, 11–15 – избыточную дневную сонливость, 16–24 – выраженную дневную сонливость [17].

Шкала- опросник Бека (шкала депрессии Бека (ШДБ, ОДБ)) – использовали для диагностики депрессивных состояний у пациентов с нарушениями сна. Оценивали результаты по сумме баллов: 25 баллов – пациент страдает депрессией; менее 10 баллов – отсутствие депрессивных тенденций и хорошее эмоциональное состояние [18].

Шкалы и опросники заполнялись пациентами самостоятельно.

Статистический анализ производился с помощью программы «STATISTICA 6.0». Показатели с нормальным распределением представлены в виде среднего и стандартного отклонения М (SD), при этом для анализа использовались параметрические методы (t-критерий Стьюдента для зависимых и независимых групп). Признаки, не имеющие нормального распределения, представлялись в виде медианы и 25-го, 75-го перцентилей (Me [25p;75p]), анализ проводился с помощью методов непараметрической статистики (парный критерий Вилкоксона, парный критерий Манна-Уитни, точный критерий Фишера двусторонний тест). Анализ корреляций осуществлялся с помощью критерия Спирмена. В качестве вероятности ошибки применялась величина <0,05.

5. Результаты исследования

Общая характеристика групп и анализ результатов анкетирования пациентов из групп сравнения представлена в таблице 1.

Мы попытались определить, существует ли какая-либо взаимосвязь между выраженностью депрессивных расстройств и характером сна у пациентов с изолированной ГЭРБ и при наличии сопутствующей патологии. Было установлено существование сильной обратной корреляции между средним баллом ШДБ и результатом анкетирования СХС ($r=-0,676$; $p=0,000$) и сильная прямая корреляция между ШДБ и ЭШС ($r=0,583$; $p=0,000$) в группе коморбидной патологии (рис. 1, 2)

Таблица 1

Общая характеристика групп и анализ результатов анкетирования пациентов из групп сравнения

Показатель	Группа 1 (ГЭРБ+ИБС) n=65	Группа 2 (ГЭРБ) n=29	p
Мужчины/ женщины (%)	37/28 (56,92 %/ 43,08 %)	17/12 (58,62 %/ 41,38 %)	
Возраст (годы)	61,57 (11,37)	59,52 (11,18)	p>0,05
ИМТ (кг/м ²)	27,64 (2,86)	27,16(1,71)	p>0,05
Давность ГЭРБ (годы)	4,12(2,25)	3,62(1,73)	p>0,05
НЭРБ (%)	21 (32,31 %)	17 (58,62 %)	
ГЭРБ I (%)	21 (32,31 %)	7 (24,14 %)	
ГЭРБ II (%)	21 (32,31 %)	5 (17,24 %)	
ГЭРБ III (%)	2 (3,08 %)	0 (0,00 %)	
Тяжесть ГЭРБ ср. (баллы)	1,88(0,29)	1,62(0,29)	p<0,01
Анкета СХС, балл			
22 балла (%)	2 (3,08 %)	0 (0,00 %)	
19–21 балл (%)	23 (35,38 %)	16 (55,17 %)	
<19 баллов (%)	41 (61,54 %)	13 (44,83 %)	
Ср. балл М (SD)	17,75(1,98)	18,59(1,12)	p=0,044
ЭШС, балл			
0–10 баллов-норма	44 (67,69 %)	24 (82,76 %)	
11–15 баллов – умеренная дневная сонливость	21 (32,31 %)	5 (17,3 %)	
>15 баллов – выраженная дневная сонливость	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	
Ср. балл М (SD)	9,75(1,59)	9,24(1,18)	p>0,05
ШДБ, балл			
0–9 – отсутствие депрессии	27 (41,54 %)	21 (72,41 %)	
10–15 легкая депрессия (субдепрессия)	20 (30,77 %)	8 (27,59 %)	
16–19 умеренная депрессия	16 (24,62 %)	0 (0,00 %)	
20–29 выраженная депрессия (средней тяжести)	2 (3,07 %)	0 (0,00 %)	
30–63 тяжёлая депрессия	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	
Ср. балл М(SD)	11,89(4,38)	8,86(1,30)	p=0,004

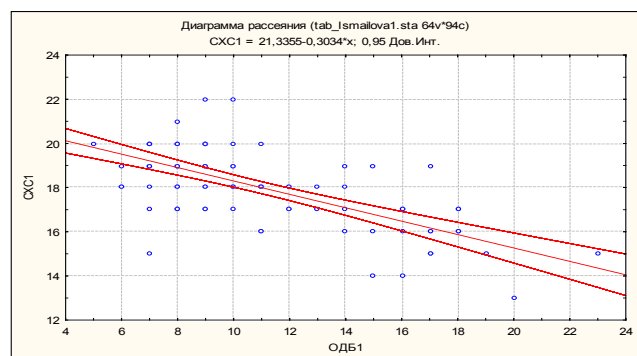


Рис. 1 Диаграмма рассеяния взаимосвязи результатов опросников СХС и ШДБ в группе 1 (пациенты с ГЭРБ и ИБС)

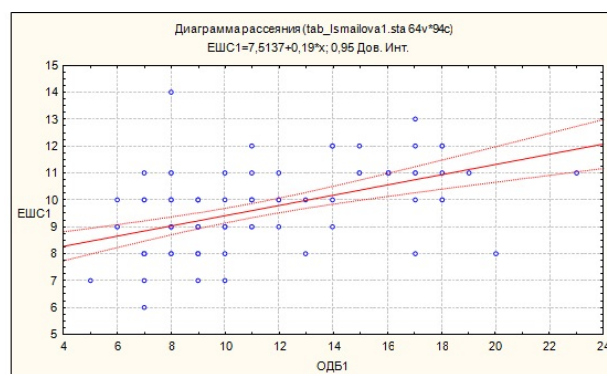


Рис. 2 Диаграмма рассеяния взаимосвязи результатов опросников ЭШС и ШДБ в группе 1 (пациенты с ГЭРБ и ИБС)

В группе пациентов с изолированной ГЭРБ, напротив, ни в одном случае достоверной связи приведенных выше показателей, выявлено не было. Так, коэффициент корреляции между ШДБ и СХС составил: $r=-0,204$; $p=0,288$; между ШДБ и ЭШС – $r=0,149$; $p=0,438$ соответственно.

6. Обсуждение результатов

Как видно по результатам исследования, группы сравнения были сопоставимы по возрасту и полу ($p>0,05$, критерий Манна-Уитни (КМУ)). Не было также выявлено статистических различий между группами по таким показателям, как индекс массы тела ($p>0,05$, КМУ) и давность ГЭРБ ($p>0,05$, КМУ).

Однако, несмотря на это, группы достоверно различались по форме и степени тяжести ГЭРБ. Так, у пациентов с изолированной ГЭРБ более, чем в половине случаев была диагностирована неэрозивная форма заболевания (НЭРБ) – 17 (58,62 %). В группе ГЭРБ и сопутствующей ИБС НЭРБ была выявлена лишь у 21 (32,31 %) В целом, в группе 1 (ГЭРБ+ИБС) заболевание имело более тяжелое течение: так ГЭРБ I стадии имели 21 (32,31 %) пациентов из группы 1 и 7 (24,14 %) пациентов из группы 2; ГЭРБ II стадии – 21 (32,31 %) пациентов из группы 1 5 (17,24 %) и вполнину меньшее число больных из группы 2: 5 (17,24 %).

ГЭРБ III стадии была диагностирована у 2-х человек из группы 1 (3,08 %) и ни в одном случае в группе 2 (0,00 %).

Средние показатели тяжести ГЭРБ составляли $1,88\pm0,29$ баллов в группе 1 (сочетанной патологии) против $1,62\pm0,29$ балла в группе 2 (изолированной ГЭРБ, $p=0,000035$).

Ответы пациентов из группы 1 (ГЭРБ и ИБС) также достоверно отличались от результатов анкетирования пациентов из группы 2 (ГЭРБ). Несмотря на то, что у двух опрошенных (3,08 %) из группы 1 сон можно было охарактеризовать как нормальный и отсутствие пациентов с нормальным сном в группе 2 (0,00 %), нарушения сна имели 41 (61,54 %) пациентов с ГЭРБ и ИБС и только 13 (44,83 %) пациентов с ГЭРБ. Основная масса пациентов с ГЭРБ имела пограничные нарушения сна – 16 (55,17 %) человек; в группе ГЭРБ и ИБС пограничные расстройства

сна обнаружены лишь у трети обследованных – у 23 (35,38 %) человек.

В целом, у пациентов из группы 1 средний балл анкеты СХС составил $17,75 \pm 1,98$, медиана – 18 баллов, интерквартильный размах от 13 до 22 баллов. В группе 2 аналогичные статистические параметры были следующими: средний балл СХС равнялся $18,59 \pm 1,12$, медиана – 19 баллов, интерквартильный размах от 16 до 20 баллов соответственно ($p=0,043583$).

При анализе ответов пациентов на вопросы анкеты было установлено, что пациентов из группы 1 в большей степени беспокоили долгое время засыпания (55,38 %), короткая продолжительность сна (47,69 %), частые ночные пробуждения (75,38 %), множественные и тревожные сновидения (46,15 %). На плохое и очень плохое качество сна жаловались 73,85 % опрошенных.

В группе 2 долгое время засыпания отметили 34,48 % больных, короткую продолжительность сна – 37,93 %, частые ночные пробуждения – 31,03 %, множественные и тревожные сновидения – 27,59 % человек. На плохое и очень плохое качество сна жаловались лишь 73,85 % опрошенных. В основном, пациенты из группы 2 характеризовали качество своего сна как среднее – 55,17 %.

Известно, что анкета СХС более отражает субъективные ощущения качества сна самим пациентом. Между тем, более полно оценить тяжесть инсомнии и ее влияние на повседневную активность человека помогает Эпвортская шкала сонливости (ЭПШ), которая является простым и надежным методом измерения выраженности дневной сонливости (слабой, средней или сильной степени) у взрослых.

При анализе ответов на данный опросник оказалось, что большая часть пациентов из обеих групп – 44 (67,69 %) из группы 1 и 24 (82,76 %) не имели дневной сонливости, однако умеренной дневной сонливостью страдало в 2 раза большее количество больных из группы ГЭРБ+ИБС. Так, ответы в диапазоне 11–15 баллов, которые характеризуют наличие умеренной дневной сонливости, имели 21 (32,31 %) больных из группы 1 и только 5 (17,3 %) больных из группы 2.

В целом же, достоверных различий по данному параметру выявлено не было: средний балл анкетирования по ЭПШ в группе 1 составил $9,75 \pm 1,59$, медиана – 10 баллов, интерквартильный размах от 6 до 14 баллов. Средний балл анкетирования по ЭПШ в группе 2 составил соответственно $9,24 \pm 1,18$, медиана – 9 баллов, интерквартильный размах от 9 до 12 баллов ($p=0,103550$).

В нашем исследовании депрессия различной степени выраженности имела место у 38 (58,46 %) пациентов с коморбидной патологией (группа 1) и только у 8 (27,59 %) больных ГЭРБ (группа 2). В структуре депрессивных расстройств в группе 1 примерно с одинаковой частотой регистрировали легкую степень (субдепрессия) – 20 (30,77 %) и умеренную степень – 16 (24,62 %), тогда как в группе 2 имела место лишь ее легкая степень – 8 (27,59 %).

При сочетанной патологии также встречалась депрессия средней тяжести – у 2-х (3,07 %) больных.

Крайне-тяжелая степень депрессии, требующая лечения у специалистов надлежащего профиля, нами выявлена не была ни в одной из групп.

В целом, у пациентов из группы 1 средний балл ШДБ был равен $11,89 \pm 4,38$, медиана – 11 баллов, максимальное значение – 23 балла и минимальное – 5 баллов. В группе 2 аналогичные статистические параметры были следующими: средний балл ШДБ был равен $8,86 \pm 1,30$, медиана – 9 баллов, интерквартильный размах от 7 до 12 баллов соответственно. Установлено достоверное отличие между группами по данному показателю ($p=0,004207$).

Корреляционный анализ взаимосвязи параметров, характеризующих нарушения сна и депрессивные расстройства, с гендерными и общеклиническими показателями (пол, возраст, ИМТ, давность ГЭРБ, тяжесть ГЭРБ, давность ИБС, тяжесть ИБС) показал наличие достоверной обратной корреляции между выраженностью нарушений сна, согласно анкете СХС, и возрастом пациента ($r=-0,320$; $p=0,0075$) и прямую корреляцию между возрастом пациента и суммарным баллом шкалы депрессии Бека ($r=0,371$; $p=0,0024$). Достоверная прямая корреляция была установлена между индексом массы тела и суммарным баллом ЭШС ($r=0,291$; $p=0,0188$).

Кроме того, были установлены прямые корреляции между длительностью ИБС и СХС ($r=-0,315$; $p=0,011$), ИБС и ЭШС ($r=0,273$; $p=0,0280$), ИБС и ОДБ ($r=0,379$; $p=0,0018$).

В группе 2 (пациенты с ГЭРБ) обнаружена лишь прямая корреляция между возрастом больного и показателем ЭШС ($r=0,379$; $p=0,0426$).

Ранговый дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса (ККУ) позволил установить связь между тяжестью ГЭРБ и СХС ($p=0,0498$, ККУ) в группе 1. В группе 2 подобных взаимосвязей не выявлено. (рекомендуется перенести в раздел «Обсуждение результатов»).

Анализ литературы показал, что использование метода анкетирования является общепризнанной диагностической процедурой у пациентов с наличием жалоб на нарушения сна [18]. Целесообразность анкетирования пациентов с нарушениями сна как простого и достаточно эффективного метода диагностики более серьезной патологии, какими являются ИБС и синдром ночного апноэ, доказано в исследовании Martinez D и соавт. [19].

Сообщается, что нарушения сна и депрессия часто сопутствуют ИБС, поэтому наличие по результатам опроса данных состояний должно насторожить врача и нацелить его на дальнейшее обследование больного с целью выявления ИБС [20]. Собственные данные продемонстрировали, что выраженность инсомнии и тяжесть депрессии у пациентов с сочетанием ГЭРБ и ИБС зависят от «ишемического» стажа больного.

Наличие хронической патологии рассматривается как одна из причин инсомний, вслед за острым и хроническим стрессом. В то же время нарушения сна и психопатологические расстройства отрицательно влияют на течение соматической патологии, усугубляя симптоматику основного заболевания и снижая эф-

фektivность стандартной терапии. Кляритская И. Л. и соавт., рассматривая проблему рефрактерности части больных ГЭРБ к терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП), отмечают наличие у данных пациентов сопутствующих психопатологических состояний, в частности, высокой степени тревоги и истерии [21].

Согласно данным зарубежных исследователей, существует взаимосвязь тревоги и депрессии с рефлюкс-симптомами: пациенты, которые хуже поддавались лечению ИПП, были подвержены психосоциальному стрессу [22]. Сообщается также, что наличие расстройств сна у больных ГЭРБ не всегда полностью исчезают на фоне патогенетической терапии ГЭРБ, несмотря на полное купирование гастроэзофагеального рефлюкса, что делает необходимым поиск дополнительных методов терапии данного расстройства [23, 24].

По данным крупного эпидемиологического исследования «The 2006 US National Health and Wellness Survey», расстройство сна было связано с частыми приступами изжоги, но никак не с наличием эрозивного эзофagита или степенью его тяжести. Проведенное исследование показало, что у 52,2 % пациентов НЭРБ достаточно сильно связана с нарушениями сна, оцениваемыми по шкале Питтбургского индекса качества сна более 5,5 баллов [5]. В нашем исследовании взаимосвязь между клинико-эндоскопическими проявлениями ГЭРБ и выраженностью симптомов нарушений сна выявлена только в группе сочетанной патологии. В группе больных изолированной ГЭРБ такой зависимости не отмечалось. Корреляция тяжести эрозивного гастрита и инсомнии в группе коморбидной патологии, полученная нами, может объясняться ухудшением кровоснабжения нижней трети пищевода атеросклеротического генеза.

Неоднозначны мнения о гендерной предрасположенности к расстройствам сна у лиц с сопутствующей соматической патологией. Есть данные о том, что расстройства сна чаще наблюдались у женщин, страдавших ИБС, несмотря на адекватное лечение сердечной патологии, что, по мнению авторов было связано с более частой депрессией у женщин [25].

В то же время результаты 12-летнего исследования, проведенного в Швеции, показали, что нарушения сна являются предиктором развития ИБС у мужчин среднего возраста [26].

Нами не было установлено какой-либо зависимости расстройств сна и тяжести депрессивных расстройств от пола пациента ни в одной из групп сравнения.

Известно, что избыточная масса тела и ожирение отрицательно влияют на КЖ человека, даже не страдающего каким-либо хроническим заболеванием. У людей с избыточной массой тела чаще регистрируются нарушения сна в виде синдрома ночного апноэ, депрессивные расстройства [27, 28].

В то же время, у пациентов с избыточной массой тела наблюдается более неблагоприятное течение как ГЭРБ, так и ИБС [29–31].

Результаты проведенного нами исследования показали, что у пациентов с сочетанной патологией индексы

массы тела достоверно коррелировал с выраженностью дневной сонливости, определяемой по опроснику ЭШС.

В целом, проведенное исследование продемонстрировало, что более чем у половины пациентов с сочетанием ГЭРБ и ИБС наблюдаются расстройства сна и депрессия, тяжесть которых зависит от клинико-морфологических проявлений ГЭРБ, стажа ИБС, возраста пациента и его массы тела. По сравнению с пациентами с изолированной ГЭРБ, данные нарушения выражены в большей степени, что диктует необходимость более серьезного подхода к данной проблеме, внедрению в общеклиническую практику обязательного скринингирования пациентов при помощи специальных опросников для выявления данного патологического состояния и оптимизации подходов к лечению.

7. Выводы

Результаты проведенного исследования показали, что сочетание ГЭРБ и ИБС можно рассматривать как два взаимопотенцирующих патологических процесса, отрицательно влияющих на такие показатели как сон и психоэмоциональный статус больного.

1. Расстройства сна встречаются у 61,54 % пациентов с ГЭРБ и ИБС и у 44,83 % пациентов с ГЭРБ. Несмотря на отсутствие разницы по возрасту и гендерному составу, больные с ГЭРБ и ИБС имеют более выраженные расстройства сна и уровень депрессии по сравнению с больными с изолированной ГЭРБ по результатам анкетирования с использованием общепринятых анкет-опросников.

2. Тяжесть инсомнии и депрессии у пациентов с сочетанием ГЭРБ и ИБС напрямую зависит от возраста, стажа ИБС и массы тела больного. У пациентов с изолированной ГЭРБ отмечена взаимосвязь между выраженностью дневной сонливости и возрастом пациента.

3. Взаимосвязь степени расстройств сна и клинико-морфологических проявлений ГЭРБ выявлена только в группе сочетанной патологии (ГЭРБ и ИБС). У больных изолированной ГЭРБ такой зависимости не обнаружено.

4. У «коморбидных» пациентов (ГЭРБ и ИБС) установлена корреляция между степенью тяжести расстройств сна и выраженностью депрессии (по данным анкетирования). В группе изолированной ГЭРБ такой корреляции выявлено не было. Тяжесть расстройств сна и выраженность депрессии зависят друг от друга, чего не наблюдается у пациентов с изолированной ГЭРБ.

Литература

1. Qubty, W. Comorbidities in infants with obstructive sleep apnea [Text] / W. F. Qubty, A. Mrelashvili, S. Kotagal, R. M. Lloyd // Journal of Clinical Sleep Medicine. – 2014. – Vol. 10, Issue 11. – P. 1213–1216. doi: 10.5664/jcsm.4204
2. Song, Y. Association Between Sleep and Physical Function in Older Veterans in an Adult Day Healthcare Program [Text] / Y. Song, J. M. Dzierzewski, C. H. Fung, J. C. Rodriguez, S. Jouldjian, M. N. Mitchell et. al. // Journal of the American Geriatrics Society. – 2015. – Vol. 63, Issue 8 – P. 1622–1627. doi: 10.1111/jgs.13527

3. Freidin, N. Sleep and nocturnal acid reflux in normal subjects and patients with reflux oesophagitis [Text] / N. Freidin, M. J. Fisher, W. Taylor, D. Boyd, P. Surratt, R. W. McCallum, R. K. Mittal // *Gut*. – 1991. – Vol. 32, Issue 11. – P. 1275–1279. doi: 10.1136/gut.32.11.1275
4. Пасечников, В. Д. Как добиться максимальной эффективности медикаментозной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни [Текст] / В. Д. Пасечников, Д. В. Пасечников // *Фармагека*. – 2008. – № 13. – С. 76–80.
5. Wahlqvist, P. Relationship between symptom load of gastro-oesophageal reflux disease and health-related quality of life, work productivity, resource utilization and concomitant diseases: survey of a US cohort [Text] / P. Wahlqvist, M. Karlsson, D. Johnson, J. Carlsson, S. C. Bolge, M.-A. Wallander // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. – 2008. – Vol. 27, Issue 10. – P. 960–970. doi: 10.1111/j.1365-2036.2008.03671.x
6. Акарачкова, Е. С. Деперессия и инсомния у пациентов с ИБС [Текст] / Е. С. Акарачкова, О. В. Котова, И. В. Рябоконе // *Статья Мед. сонет*. – 2014. – № 11. – С. 50–54.
7. Звенигородская, Л. А. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пожилых больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца [Текст] / Л. А. Звенигородская, Ю. В. Таранченко // *Терапевтический архив*. – 2006. – Т. 78, № 2. – С. 42–45.
8. Бабак, О. Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь [Текст] / О. Я. Бабак, Г. Д. Фадеенко. – К.: Интерфарма-Киев, 2000. – 175 с.
9. Chey, W. Treatment patterns and symptom control in patients with GERD: US community-based survey [Text] / W. D. Chey, R. R. Mody, E. Q. Wu, L. Chen, S. Kothari, B. Persson et. al // *Current Medical Research and Opinion*. – 2009. – Vol. 25, Issue 8. – P. 1869–1878. doi: 10.1185/03007990903035745
10. Еганян, Г. А. Небензодиазепиновые анксиолитики в комплексной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и неязвенной диспепсии желудка [Текст] / Г. А. Еганян // *Лечащий врач*. – 2006. – № 7. – Режим доступа: <http://www.gastroscan.ru>
11. Paykel, E. Масштабы и бремя депрессивных расстройств в Европе (расширенный реферат обзора) [Текст] / E. Paykel, T. Brugha, T. Fryers // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2006. – Т. 8, № 3. – С. 40–43.
12. Schneider, H. R. Gastro-oesophageal reflux disease: The Montreal definition and classification [Text] / H. R. Schneider // *South African Family Practice*. – 2007. – Vol. 49, Issue 1. – P. 19–26. doi: 10.1080/20786204.2007.10873501
13. Butler, N. National Guidelines at a glance: GO [Text] / N. Butler // *SA Pharmaceutical Journal*. – 2009. – Vol. 10. – P. 32–36.
14. Kahrilas, P. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the management of gastroesophageal reflux disease [Text] / P. J. Kahrilas, N. J. Shaheen, M. F. Vaezi // *Gastroenterology*. – 2008. – Vol. 135, Issue 4. – P. 1383–1391e5. doi: 10.1053/j.gastro.2008.08.045
15. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь [Текст]. – Украинский медицинский портал «Евролаб». – 2007. – № 8. – Режим доступа: <http://www.eurolab.ua>
16. Левин, Я. И. Сон. стресс. Инсомния [Текст] / Я. И. Левин // *Лечащий врач*. – 2007. – № 5. – Режим доступа: <http://www.lvrach.ru>
17. Muray, W. A new method of Measuring Daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale [Text] / W. Muray // *Sleep*. – 1991. – Vol. 14, Issue 6. – P. 540–545.
18. Ильин, Е. П. Эмоции и чувства [Текст] / Е. П. Ильин. – Санкт-Петербург: «Питер», 2001. – 749 с.
19. Martinez, D. High risk for sleep apnea in the Berlin questionnaire and coronary artery disease [Text] / D. Martinez, R. P. da Silva, C. Klein, C. Z. Fiori, D. Massierer, C. M. Casol et. al // *Sleep and Breathing*. – 2011. – Vol. 16, Issue 1. – P. 89–94. doi: 10.1007/s11325-010-0460-2
20. Saleh, D. K. The quality of sleep in coronary artery disease patients with and without anxiety and depressive symptoms [Text] / D. K. Saleh, S. Nouhi, H. Zandi, M. M. Lanekarani, S. Assari, B. Pishgou // *Indian Heart J*. – 2008. – Vol. 60, Issue 4. – P. 309–312.
21. Кляритская, И. Л. Тактика лечения инсомнии при рефрактерной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни [Текст] / И. Л. Кляритская, А. П. Балабанцева, А. И. Колесниченко // *Крымск. терапевт. журн.* – 2011. – № 2. – С. 126–130.
22. Fass, R. Management of heartburn not responding to proton pump inhibitors [Text] / R. Fass, D. Sifrim // *Gut*. – 2009. – Vol. 58, Issue 2. – P. 295–309. doi: 10.1136/gut.2007.145581
23. Fujiwara, Y. Sleep disturbances and refractory gastroesophageal reflux disease symptoms in patients receiving once-daily proton pump inhibitors and efficacy of twice-daily rabeprazole treatment [Text] / Y. Fujiwara, Y. Habu, K. Ashida, M. Kusano, K. Higuchi, T. Arakawa // *Digestion*. – 2013. – Vol. 88, Issue 3. – P. 145–152. doi: 10.1159/000354071
24. Jha, L. The effect of antireflux treatment on the frequency of awakenings from sleep in patients with Gastroesophageal reflux disease [Text] / L. K. Jha, C. Maradey-Romero, R. Gadam, T. Hershcovici, O. Z. Fass, S. F. Quan et. al. // *Neurogastroenterology & Motility*. – 2014. – Vol. 27, Issue 2. – P. 237–245. doi: 10.1111/nmo.12481
25. Johansson, A. Sleep, arousal and health-related quality of life in men and women with coronary artery disease [Text] / A. Johansson, E. Svanborg, E. Swahn, J. Ejdebäck, H. Tygesen, U. Edell-Gustafsson // *Journal of Clinical Nursing*. – 2011. – Vol. 2, Issue 19-20. – P. 2787–2801. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03787.x
26. Mallon, L. Sleep complaints predict coronary artery disease mortality in males: a 12-year follow-up study of a middle-aged Swedish population [Text] / L. Mallon, J.-E. Broman, J. Hetta // *Journal of Internal Medicine*. – 2002. – Vol. 251, Issue 3. – P. 207–216. doi: 10.1046/j.1365-2796.2002.00941.x
27. Saleh, D. The quality of sleep in coronary artery disease patients with and without anxiety and depressive symptoms [Text] / D. Saleh, S. Nouhi, H. Zandi et. al. // *Indian Heart J*. – 2008. – Vol. 60, Issue 4. – P. 309–312.
28. Lee, W. Quality of life in patients with obstructive sleep apnea: Relationship with daytime sleepiness, sleep quality, depression, and apnea severity [Text] / W. Lee, S. Lee, H. Ryu, et. al. // *Chron Respir Dis*. – 2015. – Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
29. Doesch, C. The Relationship between the Severity of Coronary Artery Disease and Epicardial Adipose Tissue Depends on The Left Ventricular Function [Text] / C. Doesch, T. Süsselbeck, D. Haghi, F. Streitner, S. O. Schoenberg, M. Borggreffe, T. Papavassiliu // *PLoS One*. – 2012. – Vol. 7, Issue 11. – P. e48330. doi: 10.1371/journal.pone.0048330

30. Фадеевко, Г. Д. Лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с ожирением: роль и место современного прокинетика итоприда гидрохлорида [Текст] / Г. Д. Фадеевко, Т. Л. Можина // Сучасна гастроентерологія. – 2011. – Т. 57, № 1. – С. 71–77.

31. Djärv, T. Physical activity, obesity and gastroesophageal reflux disease in the general population [Text] / T. Djärv // World Journal of Gastroenterology. – 2012. – Vol. 18, Issue 28. – P. 371. doi: 10.3748/wjg.v18.i28.3710

References

1. Qubty, W. F., Mrelashvili, A., Kotagal, S., Lloyd, R. M. (2014). Comorbidities in Infants with Obstructive Sleep Apnea. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 10 (11), 1213–1216. doi: 10.5664/jcsm.4204

2. Song, Y., Dzierzewski, J. M., Fung, C. H., Rodriguez, J. C., Jouldjian, S., Mitchell, M. N. et. al (2015). Association Between Sleep and Physical Function in Older Veterans in an Adult Day Healthcare Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63 (8), 1622–1627. doi: 10.1111/jgs.13527

3. Freidin, N., Fisher, M. J., Taylor, W., Boyd, D., Surratt, P., McCallum, R. W., Mittal, R. K. (1991). Sleep and nocturnal acid reflux in normal subjects and patients with reflux oesophagitis. *Gut*, 32 (11), 1275–1279. doi: 10.1136/gut.32.11.1275

4. Pasechnikov, V. D., Pasechnikov, D. V. (2008). Kak dobit'sja maksimal'noj jeffektivnosti medikamentoznoj terapii gastrojezofageal'noj refljuksnoj bolezni. *Farmateka*, 13, 76–80.

5. Wahlqvist, P., Karlsson, M., Johnson, D., Carlsson, J., Bolge, S. C., Wallander, M.-A. (2008). Relationship between symptom load of gastro-oesophageal reflux disease and health-related quality of life, work productivity, resource utilization and concomitant diseases: survey of a US cohort. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 27 (10), 960–970. doi: 10.1111/j.1365-2036.2008.03671.x

6. Akarachkova, E. S., Kotova, O. V., Rjabokon', I. V. (2014). Deperessija i insomnija u pacientov s IBS. *Stat'ja Med. sonet.*, 11, 50–54.

7. Zvenigorodskaja, L. A., Taranchenko Ju. V. (2006). Osobennosti techenija gastrojezofageal'noj refljuksnoj bolezni u pozhylyh bol'nyh s soputstvujushhej ishemichejskoj bolezni serdca. *Terapevticheskij arhiv*, 78 (2), 42–45.

8. Babak, O. Ja., Fadeenko, G. D. (2000). *Gastrojezofageal'naja refljuksnaja bolezni'*. Kyiv: Interfarma-Kiev, 175.

9. Chey, W. D., Mody, R. R., Wu, E. Q., Chen, L., Kothari, S., Persson, B. et. al. (2009). Treatment patterns and symptom control in patients with GERD: US community-based survey. *Current Medical Research and Opinion*, 25 (8), 1869–1878. doi: 10.1185/03007990903035745

10. Eganjan, G. A. (2006). Nebenzodiazepinovyje anksiolitiki v kompleksnoj terapii gastrojezofageal'noj refljuksnoj bolezni i nejazvennoj dispepsii zheludka. *Lechashhij vrach*, 7. Available at: <http://www.gastroscan.ru>

11. Paykel, E., Brugha, T., Fryers, T. (2006). Masshtaby i bremja depressivnyh rasstrojstv v Evrope (rasshirennyj referat obzora). *Psihiatrija i psihofarmakoterapija*, 8 (3), 40–43.

12. Schneider, H. (2007). Gastro-oesophageal reflux disease: The Montreal definition and classification. *South African Family Practice*, 49 (1), 19–26. doi: 10.1080/20786204.2007.10873501

13. Butler, N. (2009). National Guidelines at a glance: GO. *SA Pharmaceutical Journal*, 10, 32–36.

14. Kahrilas, P. J., Shaheen, N. J., Vaezi, M. F. (2008). American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology*, 135 (4), 1383–1391.e5. doi: 10.1053/j.gastro.2008.08.045

15. *Gastrojezofageal'naja refljuksnaja bolezni'* (2007). *Ukrainskij medicinskij portal "Evrolab"*, 8. Available at: <http://www.eurolab.ua>

16. Levin, Ja. I. (2007). Son. stress. Insomnija. *Lechashhij vrach*, 5. Available at: <http://www.lvrach.ru>

17. Muray, W. (1991). A new method of Measuring Daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14 (6), 540–545.

18. Il'in, E. P. (2001). *Jemocii i chuvstva*. Sankt-Peterburg: «Piter», 749.

19. Martinez, D., da Silva, R. P., Klein, C., Fiori, C. Z., Massierer, D., Cassol, C. M. et. al. (2011). High risk for sleep apnea in the Berlin questionnaire and coronary artery disease. *Sleep and Breathing*, 16 (1), 89–94. doi: 10.1007/s11325-010-0460-2

20. Saleh, D. K., Nouhi, S., Zandi, H., Lankarani, M. M., Assari, S., Pishgou, B. (2008). The quality of sleep in coronary artery disease patients with and without anxiety and depressive symptoms. *Indian Heart J.*, 60 (4), 309–312.

21. Kljaritskaja, I. L., Balabanceva, A. P., Kolesnichenko, A. I. (2011). Taktika lechenija insomnii pri refrakternoj gastrojezofageal'noj refljuksnoj bolezni. *Krymsk. terapevt. zhurn.*, 2, 126–130.

22. Fass, R., Sifrim, D. (2009). Management of heartburn not responding to proton pump inhibitors. *Gut*, 58 (2), 295–309. doi: 10.1136/gut.2007.145581

23. Fujiwara, Y., Habu, Y., Ashida, K., Kusano, M., Higuchi, K., Arakawa, T. (2013). Sleep Disturbances and Refractory Gastroesophageal Reflux Disease Symptoms in Patients Receiving Once-Daily Proton Pump Inhibitors and Efficacy of Twice-Daily Rabeprazole Treatment. *Digestion*, 88 (3), 145–152. doi: 10.1159/000354071

24. Jha, L. K., Maradey-Romero, C., Gadani, R., Hershcovici, T., Fass, O. Z., Quan, S. F. et. al (2014). The effect of antireflux treatment on the frequency of awakenings from sleep in patients with Gastroesophageal reflux disease. *Neurogastroenterology & Motility*, 27 (2), 237–245. doi: 10.1111/nmo.12481

25. Johansson, A., Svanborg, E., Swahn, E., Ejdebäck, J., Tygesen, H., Edell-Gustafsson, U. (2011). Sleep, arousal and health-related quality of life in men and women with coronary artery disease. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (19-20), 2787–2801. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03787.x

26. Mallon, L., Broman, J.-E., Hetta, J. (2002). Sleep complaints predict coronary artery disease mortality in males: a 12-year follow-up study of a middle-aged Swedish population. *Journal of Internal Medicine*, 251 (3), 207–216. doi: 10.1046/j.1365-2796.2002.00941.x

27. Saleh, D., Nouhi S, Zandi H, et al. (2008). The quality of sleep in coronary artery disease patients with and without anxiety and depressive symptoms. *Indian Heart J.*, 60 (4), 309–312.

28. Lee, W., Lee, S., Ryu, H., et al. (2015). Quality of life in patients with obstructive sleep apnea: Relationship with daytime sleepiness, sleep quality, depression, and apnea severity. *Chron Respir Dis*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

29. Doesch, C., Süselbeck, T., Haghi, D., Streitner, F., Schoenberg, S. O., Borggreffe, M., Papavassiliu, T. (2012). The Re-

relationship between the Severity of Coronary Artery Disease and Epicardial Adipose Tissue Depends on The Left Ventricular Function. PLoS ONE, 7 (11), e48330. doi: 10.1371/journal.pone.0048330

30. Fadeenko, G. D., Mozhina, T. L. (2011). Lechenie gastrojezofageal'noj refljusknoj bolezni u pacientov s ozhire-

niem: rol' i mesto sovremennogo prokinetika itoprida gidrohlorida. Suchasna gastroenterologija, 57 (1), 71–77.

31. Djärv, T. (2012). Physical activity, obesity and gastroesophageal reflux disease in the general population. World Journal of Gastroenterology, 18 (28), 3710. doi: 10.3748/wjg.v18.i28.3710

Дата надходження рукопису 15.09.2015

Фадєєнко Галина Дмитрієвна, доктор медичинських наук, професор, директор, відділ захворювань печини і шлунково-кишкового тракту, ГУ «Національний інститут терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України», пр. Постышева, 2а, г. Харків, Україна, 61039
E-mail: info@therapy.gov.ua

Измайлова Елена Вячеславовна, аспірант, відділ захворювань печини і шлунково-кишкового тракту, ГУ «Національний інститут терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України», пр. Постышева, 2а, г. Харків, Україна, 61039
E-mail: elena-izmailova21@rambler.ru

Крахмалова Елена Олеговна, доктор медичинських наук, старший науковий співробітник, завідувачка відділом, відділ кардіопульмонології, ГУ «Національний інститут терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України», пр. Постышева, 2а, г. Харків, Україна, 61039
E-mail: womanl@bigmir.net

УДК 616.711.8-002.3-085.28

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.52179

ОБҐРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ АНТИСЕПТИКА «ОКТЕНІСЕПТ®» В ЛІКУВАННІ НАГНОЄННЯ ЕПІТЕЛІАЛЬНОГО КУПРИКОВОГО ХОДУ

© О. Б. Русак

Робота присвячена вивченню видового та популяційного рівня мікробної контамінації в гнійному вогнищі, в перифокальних тканинах у хворих з нагноєнням епітеліального куприкового ходу, використанням в комплексному лікуванні найбільш ефективних розчинів антисептиків. Встановлено, що основними мікроорганізмами є золотистий стафілокок, зустрічаються умовно-патогенні ешерихії (E.coli), епідермальний стафілокок. Найбільш чутливими мікроорганізми виявилися до антисептика «Октенісепт®»

Ключові слова: епітеліальний куприковий хід, нагноєння, золотистий стафілокок, антисептик, обсіменіння, перифокальна тканина, «Октенісепт®»

The work is devoted to the study of specific and population level of microbial contamination in purulent nidus, in perifocal tissues in patients with suppuration of pilonidal sinus (PS) and to the use of the most effective antiseptic solutions in the complex treatment.

Methods. We analyzed medical histories and treated 178 patients with the different forms of pilonidal sinus that underwent a hospital care – 142 (79,78 %) men and 36 (20,22 %) women.

These patients underwent microbiological examination that presupposed the study of specific and quantitative composition of microflora of exudate from the wound, perifocal tissues of pyogenic abscess and an influence of antiseptics. Microbiological examination was carried out by bacteriological and mycological methods with extraction and generic and specific identification of the pure growth of causative agent.

For the study of antibacterial activity of antiseptic “Octinisept”® in the different water solutions there was used the method of diffusion in agar on the strains of microorganisms that were most often at suppuration of PS.

Results. During the studies there was established that the constant microorganisms of the purulent exudate in patients with suppuration of PS is golden staphylococcus (71,2 %), the often are conditional pathogenic escherichias (28,7 %), epidermal staphylococcus (12,1 %) and associations of microorganisms. The frequency of dominance: St.aureus – 53,12 %, E.coli – 22,16 %, St.epidermidis – 9,22 %.

Conclusions.

1. The constant microorganisms of the purulent exudate in patients with PS suppuration are golden staphylococcus, the often are conditional pathogenic escherichias, epidermal staphylococcus.

2. The use of antiseptic «Octenisept®» in the treatment of patients with PS suppuration allows essentially reduce the level of microbial semination in the wound, perifocal tissue and speed up the terms of treatment of this pathology

Keywords: Pilonidal sinus, suppuration, golden staphylococcus, antiseptic, semination, perifocal tissue, «Octenisept®»