A woman with long blonde hair is seen from behind, pointing her right hand towards a chalkboard. The chalkboard is covered with various diagrams, including a large circular diagram with internal lines and several question marks scattered across the surface. The background is a light-colored wall.

"Корреляция когнитивной дисфункции с ГЭРБ и ее медикаментозная коррекция"

Научный руководитель:

Зав. кафедрой неврологии и
медицинской генетики

проф., д. мед.н.

Докладчик:

Ассистент, аспирант кафедры

неврологии и медицинской генетики

Статинова Е.А.

Шевченко В.В.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Усиленное внимание к заболеваниям органов пищеварения в последние десятилетия связано с тенденцией к увеличению частоты патологий желудочно-кишечного тракта в развитых странах мира. В период с 1999 г. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь была внесена в одну из рубрик Международной классификации болезней 10-го пересмотра в качестве самостоятельной нозологической единицы, и рассматривалась как одно из кислотозависимых заболеваний.

В настоящее время эта патология занимает лидирующие позиции среди гастроэнтерологических заболеваний, характеризуясь рецидивирующим течением, существенным снижением качества жизни и работоспособности наряду с трудностями диагностики и лечения, из-за чего обретает все большую клиническую и социальную значимость. ГЭРБ в популяции составляет 8,8 – 33,1 % во всех регионах мира – лидируя в Европе и Северной Америке, менее всего распространяясь в странах Азии. На территории Российской Федерации по различным данным, частота ГЭРБ составляет от 11,0 – 38,8 %

Iwakiri K., Fujiwara Y., Manabe N. et al. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2021 // Journal of gastroenterology, 2022. 57(4), 267–285.

Tandarto K., Tenggara R., Chriesty F. et al. Correlation between Quality of Life and Gastroesophageal Reflux Disease // Majalah Kedokteran Bandung, 2020. 52(2): 81–86.

Бордин Д.С., Абдулхаков Р.А., Осипенко М.Ф. и соавт. Многоцентровое исследование распространенности симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов поликлиник в России // Терапевтический архив, 2022. 94 (1). С.48-56.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Согласно определению, ГЭРБ – это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка, а иногда и двенадцатиперстной кишки, что приводит к появлению клинических симптомов, повреждению слизистой оболочки пищевода с развитием в нем дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, катарального или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагит), а у части больных — цилиндроклеточной метаплазии (пищевода Барретта).

Развитие ГЭРБ, согласно современным представлениям, связывают в первую очередь с нарушением функции пищеводно-желудочного соединения (нижнего пищеводного сфинктера (НПС), ножек диафрагмы), в сочетании с нарушением пищеводного клиренса и целостности слизистой оболочки пищевода. Дисфункция этих структур возможна за счет изменения двигательной активности верхних отделов пищеварительного тракта вследствие чего у пациентов развиваются пищеводные и внепищеводные проявления под действием триггерных факторов. К таким триггерным факторам относятся: повышенная агрессивность рефлюксата (гиперсекреция соляной кислоты, наличие компонентов желчи), большой объем рефлюксата, повышенная чувствительность слизистой пищевода, гипосаливация, замедленное опорожнение желудка, стрессовые факторы и т. п.

Актуальность

По мнению ученых ГЭРБ начинает причинять дискомфорт пациенту в большинстве случаев тогда, когда симптомы слабой интенсивности проявляются в течение 2 или более дней в неделю, либо при наличии умеренных или сильно выраженных симптомов, беспокоящих чаще 1 раза в неделю.

В типичный симптомокомплекс ГЭРБ входит изжога, отрыжка, регургитация, одинофагия, дисфагия, некардиальная боль в грудной клетке по ходу пищевода. Однако следует отметить, что спектр нарушений, в этиологии которых гастроэзофагеальный рефлюкс играет ведущую роль, достаточно широк и мало изучен. Эти симптомы могут быть связаны как с генетическими особенностями людей, так и с условиями их жизни, особенностями питания, социальным статусом обследуемого контингента, различными формами и методами проведения исследования. ГЭРБ также может проявляться внепищеводными (атипичными) симптомами, к которым относятся: кардиальные, легочные, оториноларингологические и стоматологические.

Актуальность

Внепищеводные симптомы встречаются в 25 % случаев ГЭРБ, из-за чего в реалиях современной врачебной практики часто «маскируются» под различные заболевания, утрачивая мононозологический характер и переходя в разряд ко- и мультиморбидности. Симптомы ГЭРБ испытывают ежедневно до 10 % населения, еженедельно – 20 – 30 %, ежемесячно – около 50 % пациентов.

Разработано немало методов диагностики и схем лечения, направленных на компенсацию классических и атипичных проявлений ГЭРБ, однако остается малоизученным вопрос внепищеводных проявлений ГЭРБ неврологического характера.

В связи с чем ГЭРБ остается объектом повышенного внимания ряда специалистов: помимо профильных – гастроэнтерологов, на долю которых приходится наибольшая часть консультаций пациентов с ГЭРБ, лечением атипичных проявлений зачастую занимаются пульмонологи, аллергологи, оториноларингологи, стоматологи, кардиологи, абдоминальные хирурги, онкологи и неврологи. Поскольку ни один из признаков и симптомов ГЭРБ не является специфическим и, обычно, имеют низкую чувствительность, не существует «золотого стандарта» диагностики данного заболевания. Диагноз основывается на сочетании симптомов, эндоскопической оценки слизистой оболочки пищевода, мониторинга рефлюкса и ответа на терапевтическое вмешательство

Актуальность

Мы проанализировали мировую литературу с целью выявить распространенность изучения вопроса определения вегетативных дисфункций, нарушений психоэмоциональной сферы и когниции у пациентов с ГЭРБ.

Стоит отметить, что изучению нарушений когнитивной сферы у пациентов, страдающих ГЭРБ, уделено мало внимания. Чаще всего ученые эпизодически указывают на изменения когнитивной функции в ходе исследования вегетативной дисфункции и психоэмоциональных нарушений у пациентов с ГЭРБ. Так в исследовании Altomare et al. (2013г.) было предположено, что ГЭРБ и деменция имеют ряд общих возможных механизмов. Так, при длительном воздействии желудочного сока и стимуляции эпителиальных клеток пищевода при ГЭРБ повышается уровень хемокинов и иммунных клеток приводя к повреждению эпителия. Помимо этого, у пациентов с ГЭРБ наблюдался повышенный уровень интерлейкина-6, который влияет на сократительную способность пищевода. Такие маркеры воспаления, влияющие на микробиоту кишечника в системе «кишечно-мозговой оси», как интерлейкин-6 и С-реактивный белок, связаны и с повышенным риском развития деменции.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В ряде других работ (Cryan J.F. et al. (2019 г.); Gau S.Y. et al. (2022 г.)) изучалась стабильность микробиоты кишечника на фоне старения организма. Было предположено, что причинами ухудшения стабильности микробиоты может быть связанная со старением иммунная дисрегуляция, приводящая к хроническому воспалительному состоянию, и дисбиоз. Также авторы предположили, что ГЭРБ может усугубить уже существующий дисбиоз и иммунную дисрегуляцию у пожилых пациентов и тем самым повысить риск развития деменции.

При этом возможное взаимодействие между микробиотой кишечника и мозгом может включать влияние на вегетативную нервную активность, энтероэндокринную работу и активацию врожденной иммунной системы. Такая гипотеза изучалась ранее Quigley E.M.M. (2017 г.). Ученый предположил корреляцию между дисбиотической микробиоты и возникновением нейродегенеративных заболеваний, а также влияния иммунной активации оси "кишечник-мозг" и последующим нейровоспалением энтеральной нервной системы. Также в ряде работ (Colombo A.V. et al.; Rappolla M.A. et al.; Qian X.H. et al.) 2021 г. установлено, что метаболиты, вырабатываемые микробиотой кишечника (в частности, молекулы индола, жирные кислоты и нейротрансмиттеры) коррелируют с развитием деменции.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ранее в научной литературе изучалась корреляция развития деменции с приемом ИПП, однако были получены противоречивые результаты.

Так, в работе Booker et al. (2016 г.) было установлено, что применение статинов, ИПП и антигипертензивных препаратов ассоциировалось со снижением риска развития деменции.

В то время, как в Goldstein et al. 2017 г. в своем исследовании определили, что прием ИПП не ассоциировался с повышенным риском развития деменции.

Однако в ретроспективном когортном исследовании Chen L.Y. et al. (2020 г.) были получены противоположные результаты. Так, авторы, оценивая связи накопительного воздействия H₂-блокаторов гистаминовых рецепторов и ИПП на риск развития деменции в возрасте ≥ 65 лет обнаружили, что у пациентов с ГЭРБ, изолированно принимавших препараты H₂-блокаторов гистаминовых рецепторов, риск развития деменции был выше, чем в группе пациентов с ГЭРБ без приема данных препаратов. Такие же результаты были выявлены и в группе пациентов с ГЭРБ, принимавших ИПП, по отношению к пациентам с ГЭРБ без приема данной группы препаратов.

Bekhuis E., Boschloo L., Rosmalen J. G. et al. Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms // Journal of psychosomatic research, 2015. 78(2), 116–122.

Goldstein F.C., Steenland K., Zhao L. et al. Proton Pump Inhibitors and Risk of Mild Cognitive Impairment and Dementia // J Am Geriatr Soc. 2017. 65(9): pp.1969-1974.

Chang C.H., Chen T.H., Chiang L.L. Associations between Lifestyle Habits, Perceived Symptoms and Gastroesophageal Reflux Disease in Patients Seeking Health Check-Ups // International journal of environmental research and public health, 2021. 18(7), 3808.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В исследовании Soenen et al. (2016 г.) изучался вопрос ГЭРБ как потенциального продрома дементных нарушений. В результате исследования был сделан вывод, что процесс нейродегенерации и старение могут приводить к дисфункции моторики ЖКТ.

Также в исследовании Gau S.Y. et al. 2022 г. было выявлено, что у пациентов с ГЭРБ совокупная частота деменции была значительно выше, чем в контрольной группе. Также было уточнено, что сопутствующие заболевания, включая гипертонию, ожирение, заболевания, связанные с приемом алкоголя, сердечная недостаточность, инсульт, язвенная болезнь, тревога и депрессия, повышают риск развития деменции. Для пациентов без сопутствующих заболеваний связь между ГЭРБ и деменцией также была значительной. Кроме того, в ходе исследования было установлено, что у пациентов с ГЭРБ, принимающих ИПП, риск развития деменции был выше, чем у пациентов без ГЭРБ – дозозависимый эффект.

Материалы и методы

В исследование были включены пациенты с изолированной, эндоскопически негативной ГЭРБ с типичными клиническими симптомами без осложненного течения ГЭРБ (пептическая язва пищевода, стриктура пищевода, пищевод Барретта); пациенты с эндоскопически позитивной ГЭРБ с катаральным и/или эрозивным рефлюкс-эзофагитом в стадии А-Д; пациенты с ГЭРБ с внепищеводными проявлениями с длительностью анамнеза заболевания более 3 месяцев (подтвержденные путем проведения ЭГДС, рентгенографией пищевода и желудка с контрастированием барием); пациенты, которые дали информированное согласие пациента на участие в исследовании.

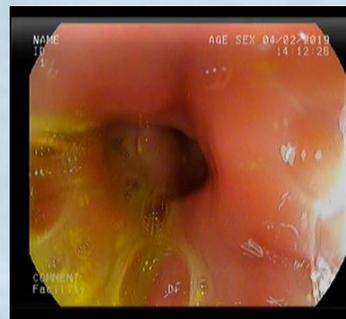
Исключались пациенты с врожденными или приобретенными аномалиями пищевода, нижнего пищеводного сфинктера, пищеводного отверстия диафрагмы (короткий пищевод, короткий нижний пищеводный сфинктер, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы); пациенты с поражением пищевода в рамках системных диффузных заболеваний соединительной ткани (склеродермический пищевод и т.д.) и лекарственно индуцированной ГЭРБ.

Таким образом в исследовании остались 120 пациентов с ГЭРБ (по МКБ-10 код К21.1, К21.9), которые находились на лечении и обследовании в период с 2019 по 2021 года в условиях ГБУ ДНР РКБ им. М.И. Калинина (ДОКТМО) в гастроэнтерологическом отделении клиники.

Материалы и методы

Автором, совместно со специалистами терапевтического профиля – терапевтами и гастроэнтерологами, были детально выяснены жалобы, анамнез, проведены объективный и неврологический осмотр по общепринятой методике (оценка высшей нервной деятельности, черепных нервов, двигательной системы, исследование функции мозжечка, экстрапирамидной системы, чувствительной системы, исследование менингеальных симптомокомплексов, вегетативной функции), инструментальные обследования.

Диагноз ГЭРБ у пациентов был подтвержден проведением эзофагогастродуоденоскопии и/или рентгенографии пищевода и желудка с контрастированием барием после консультации гастроэнтеролога.



Материалы и методы

Все полученные результаты обрабатывались методами математической статистики. Статистическая обработка полученных данных выполнена на персональном компьютере IBM PC Pentium III с помощью одно- и многофакторного дисперсионного анализа (пакеты лицензионных программ “Microsoft Excel”, “Statistica”). Вычислялись: средняя величина (M), ее ошибка (m). Вероятность статистически значимых различий полученных данных оценивалась с помощью критерия Стьюдента, который обеспечивал возможность (p) не менее, чем 95%, критерий Фишера.

Все методы обследования проводились у пациентов перед началом терапии, на 14-й день назначения терапии, на 30-й день назначения терапии.

Материалы и методы

Характеристика всех пациентов с ГЭРБ по полу, возрасту, давности заболевания (Абс. / % \pm m)

Показатели		Всего n = 120	Пол	
			Ж n = 69	М n = 51
Возраст	до 25 лет	12/10,0 \pm 2,7	8/12 \pm 4	4/8 \pm 4
	от 25 до 40 лет	45/37,5 \pm 4,4	24/35 \pm 6	21/41 \pm 7
	от 40 до 55 лет	47/39,2 \pm 4,5	27/39 \pm 6	20/39 \pm 7
	55 лет и старше	16/13,3 \pm 3,1	10/14 \pm 4	6/12 \pm 5
Давность заболевания	до 1 года	6/5,0 \pm 2,0	5/7 \pm 6	1/2 \pm 2
	от 1 до 5 лет	4/3,3 \pm 1,6	4/5 \pm 3	0/2 \pm 2
	от 5 до 10 лет	21/17,5 \pm 3,5	10/15 \pm 4	11/22 \pm 6
	10 лет и более	89/74,2 \pm 4,0	50/73 \pm 5	39/77 \pm 6

Примечание: тут и в других таблицах n – количество обследованных.

Материалы и методы

Характеристика пациентов с ГЭРБ по полу, возрасту и давности заболевания (Абс./%)

Показатели		Изолированная, эндоскопически негативная ГЭРБ с типичными клиническими симптомами n = 54/45,0	Эндоскопически позитивная ГЭРБ с катаральным и/или эрозивным рефлюкс- эзофагитом в стадии А-D n = 66/55,0	ГЭРБ с классическими внепищеводными проявлениями n = 28/23,3
Пол	Ж	29/54	39/59	11/39
	М	25/46	27/41	17/61
Возраст	до 25 лет	9/17	5/8	4/14
	от 25 до 40 лет	24/44	20/30	6/21
	от 40 до 55 лет	16/30	34/52	6/21
	55 лет и старше	5/9	7/10	12/43
Давность заболевания	до 1 года	4/7	2/3	1/4
	от 1 года до 5 лет	2/4	2/3	3/11
	от 5 до 10 лет	7/13	15/23	10/35
	10 лет и более	41/76	47/71	14/50

Материалы и методы

В ходе нашего контролируемого, лонгитудинального, когортного исследования среди всех пациентов были отобраны 40 (33,3% ± 4,3) человек с нейрокогнитивными нарушениями. Обследованные не отличались между собой по возрастным группам, а также по средневозрастным показателям, составляя - 40,0±13,6 лет.

В данную группу пациентов с длительностью ГЭРБ до 1 года вошли 2 (5%±3) пациентов, среди которых по 1 женщине и 1 мужчине; у 1 (3%±3) женщины была выявлена длительность ГЭРБ от 1 года до 5 лет; у 4 (10%±5) пациентов, у 2 женщин и 2 мужчин, длительность патологии была от 5 лет до 10 лет; значимо чаще встречались пациенты с длительностью ГЭРБ 10 лет и более ($p < 0,01$), эта категория представлена среди 33 (83%±6) пациентов, из которых значимо больше женщин ($p = 0,041$) – 20 человек и 13 мужчин.

Группа из 40 пациентов далее была в случайном порядке разделена на ГИ, состоящую из 30 (75% ± 7) пациентов и ГК – 10 (25% ± 7) пациентов.

Материалы и методы

Лечение всех обследованных больных с ГЭРБ включало диету – стол №1 по М.И.Певзнеру с максимальным ограничением очень горячей и холодной пищи, газированных напитков. Кратность приемов пищи – 3–4-разовое питание с отказом от «перекусов».

Соблюдение рекомендаций после приемов пищи: не ложиться и не пребывать в неудобном сидячем (полусогнутом) положении в течении 1.5-2 часов после приема пищи, не принимать пищу непосредственно перед сном, сон с возвышенным изголовьем.

Рекомендована модификация образа жизни: отказ от алкоголя и курения, коррекция массы тела, избегать ситуаций, которые способствуют повышению внутрибрюшного давления (ношение тугих поясов, корсетов и бандажей, поднятие тяжестей более 8–10 кг на обе руки, работы, сопряженные с наклоном туловища вперед, физические упражнения, связанные с перенапряжением мышц брюшного пресса).

Индивидуальный подбор схемы медикаментозной терапии для всех пациентов, который зависит от наличия эзофагита и его степени и включает в себя базисный лечебный комплекс терапии ГЭРБ, состоящий из комплекса препаратов: часто ИПП; антацидное средство; антисептическое кишечное и вяжущее средство и редко гепатопротекторное средство.

Также больные ГИ1 с нейрокогнитивными нарушениями – 30 пациентов (25,0%) в дополнение к базисной терапии получали «Фенибут» (аминофенилмасляной кислоты гидрохлорид) по 250 мг 1 таб. 3 раза в день per os в течение 1 месяца.

Ни один из обследованных пациентов не подвергался плановому или ургентному оперативному лечению.

Результаты исследования

У всех 40 пациентов наблюдался комплекс нарушений когнитивных функций в сочетании двух и более дисфункций на каждого пациента по DSM-5.

У пациентов, страдающих ГЭРБ с нейрокогнитивными нарушениями, среди изменений в категории «Комплексное внимание» у 24 (60%±8) человек, из которых 16 женщин и 8 мужчин, выявлена рассеянность внимания. Нарушение избирательности внимания беспокоило 15 (38%±8) пациентов, среди которых 10 женщин и 5 мужчин. Нарушение отдельного внимания установлено у 7 (18%±6) пациентов, из них 4 женщины и 3 мужчин, а снижение темпа познавательной деятельности выявлено среди 10 (25%±7) пациентов, из них 2 женщины и значимо больше среди 8 мужчин ($p = 0,017$). При этом распространенность рассеянности внимания встречалась значимо чаще ($p < 0,05$) чем другие дисфункции в этой категории.

Распределение пациентов группы исследования и группы контроля с нейрокогнитивными нарушениями в соответствии с когнитивной дисфункцией по DSM-5, Абс./%±m (95% ДИ)

Когнитивная функция	Вид дисфункции	Количество пациентов с когнитивной дисфункцией	
		ГИ n = 30	ГК n = 10
Комплексное внимание	Рассеянность внимания	20/67±9 (49 – 84)	4/40±16 (9 – 70)
	Нарушение избирательности внимания	12/40 ±9 (22 – 58)	3/30±15 (1 – 58)
	Нарушение отдельного внимания	6/20±7 (5 – 34)	1/10±10 (0 – 29)
	Снижение темпа познавательной деятельности	9/30±8 (13 – 46)	1/10±10 (0 – 29)

Примечание: В таблице ГИ – группа исследования; ГК – группа контроля

Результаты исследования

В категории «Восприятие и психомоторная функция» среди 5 (13%±5) пациентов, у 2 женщин и 3 мужчин, было выявлено нарушение зрительного восприятия. У 7 (18%±6) пациентов установлено нарушение зрительно-конструктивных способностей, среди них 3 женщины и 4 мужчин. Нарушение гностической функции выявлено среди 10 (25%±7) пациентов, из них по 5 женщин и мужчин. Нарушение праксиса определялось среди 9 (23%±7) пациентов, из них 5 женщин и 4 мужчин.

Категория «Речь» включала в себя нарушение экспрессивной речи среди 4 (10%±5) пациентов, по 2 мужчин и женщин соответственно, а нарушение рецептивной речи встречалось у 1 (3%±3) пациента – женщины.

Когнитивная функция	Вид дисфункции	Количество пациентов с когнитивной дисфункцией	
		ГИ n = 30	ГК n = 10
Восприятие и психомоторная функция	Нарушение зрительного восприятия	4/13±6 (1 – 26)	1/10±10 (0 – 29)
	Нарушение зрительно-конструктивных способностей	5/17±7 (3 – 30)	2/20±13 (13 – 45)
	Нарушение гностической функции	9/30±8 (13 – 46)	1/10±10 (0 – 29)
	Нарушение праксиса	7/23±8 (8 – 39)	2/20±13 (13 – 45)
Речь	Нарушение экспрессивной речи	4/13±6 (1 – 26)	0/8±8
	Нарушение рецептивной речи	1/3±3 (0 – 10)	0/8±8

Результаты исследования

В категории «Обучаемость и память» статистически значимо реже встречалось нарушение памяти на отдаленную и очень отдаленную информацию ($p < 0,05$) и определялось среди 3 ($8\% \pm 4$) пациентов, из них у 1 женщины и 2 мужчин. Нарушение памяти на текущую информацию встречалось среди 22 ($55\% \pm 8$) пациентов, из них 12 женщин и 10 мужчин. Нарушение памяти на недавнюю информацию распространялось у 17 ($43\% \pm 8$) пациентов, у 8 женщин и 9 мужчин.

В категории «Социальный интеллект» у 5 ($13\% \pm 5$) пациентов, из них у 1 женщины и 4 мужчин, было установлено нарушение узнавания эмоций окружающих, а нарушение узнавания мотивов поведения окружающих имело место у 3 ($8\% \pm 4$) пациентов, среди 1 женщины и 2 мужчин.

Когнитивная функция	Вид дисфункции	Количество пациентов с когнитивной дисфункцией	
		ГИ n = 30	ГК n = 10
Обучаемость и память	Нарушение памяти на текущую информацию	18/60 \pm 9 (42 – 78)	4/40 \pm 16 (9 – 70)
	Нарушение памяти на недавнюю информацию	13/43 \pm 9 (25 – 61)	4/40 \pm 16 (9 – 70)
	Нарушение памяти на отдаленную и очень отдаленную информацию	3/10 \pm 6 (0 – 21)	0/8 \pm 8
Социальный интеллект	Нарушение узнавания эмоций окружающих	4/13 \pm 6 (1 – 26)	1/10 \pm 10 (0 – 29)
	Нарушение узнавания мотивов поведения окружающих	2/7 \pm 5 (0 – 16)	1/10 \pm 10 (0 – 29)

Результаты исследования

Изменение «Управляющих функций» в виде нарушения планирования встречалось среди 5 (13%±5) пациентов, из которых 3 женщины и 2 мужчин. Нарушение принятия решения отмечено у 2 (5%±3) пациентов, по 1 женщине и мужчине соответственно. Среди 4 (10%±5) пациентов, из них у 1 женщины и 3 мужчин, выявлены нарушения функции коррекции ошибок, а нарушения интеллектуальной гибкости распространялось среди 6 (15%±6) пациентов, у 2 женщин и 4 мужчин.

Когнитивная функция	Вид дисфункции	Количество пациентов с когнитивной дисфункцией	
		ГИ n = 30	ГК n = 10
Управляющие функции	Нарушение планирования	4/13±6 (1 – 26)	1/10±10 (0 – 29)
	Нарушение принятия решений	2/7±5 (0 – 16)	0/8±8
	Нарушение функции коррекции ошибок	4/13±6 (1 – 26)	0/8±8
	Нарушение интеллектуальной гибкости	5/17±7 (3 – 30)	1/10±10 (0 – 29)

Результаты исследования

В соответствии с данными краткой шкалы оценки психического статуса недементные нарушения выявлены у 12 ($30\% \pm 7$) пациентов, среди 9 женщин и 3 мужчин, у 17 ($43\% \pm 8$) пациентов – дементные нарушения легкой степени тяжести, из них у 9 женщин и 8 мужчин, 10 ($25\% \pm 7$) пациентов страдали деменцией умеренной степени тяжести, у 5 женщин и 5 мужчин, в то время как деменция тяжелой степени тяжести была выявлена у 1 ($3\% \pm 3$) женщины.

В результате исследования установлено, что:

- в возрасте до 25 лет у 3 ($8\% \pm 4$) пациентов, из них 2 женщины и 1 мужчина, имелись недементные нарушения когнитивной функции.
- в возрасте от 25 лет до 40 лет нарушения когнитивной функции было среди 18 ($45\% \pm 8$) пациентов: недементные расстройства были выявлены у 7 ($18\% \pm 6$) пациентов, из них у 5 женщин и 2 мужчин; дементные нарушения легкой степени присутствовали среди 10 ($25\% \pm 7$) пациентов, из них 4 женщины и 6 мужчин; дементные расстройства умеренной степени установлены у 1 ($3\% \pm 3$) мужчины.
- в возрасте от 40 до 55 лет были выявлены недементные расстройства у 1 ($3\% \pm 3$) женщины; легкие нарушения установлены у 7 ($18\% \pm 6$) пациентов, из них 2 мужчин и 5 женщин; дементные расстройства умеренной степени выраженности выявлены у 8 ($20\% \pm 6$) пациентов, из них 3 мужчин и 5 женщин.
- в возрастном диапазоне 55 лет и старше у 1 ($3\% \pm 3$) женщины установлено наличие недементных нарушений; у 1 ($3\% \pm 3$) мужчины – нарушения умеренной степени выраженности; у 1 ($3\% \pm 3$) женщины нарушения тяжелой степени тяжести.

Результаты исследования

При длительности ГЭРБ до 1 года когнитивный дефицит по данным MMSE установлен у 2 ($5\% \pm 3$) пациентов, среди которых по 1 женщине и мужчине.

В группе пациентов с длительностью ГЭРБ от 1 года до 5 лет нарушения были выявлены у 1 ($3\% \pm 3$) женщины.

При длительности патологии от 5 лет до 10 лет нарушения были у 4 ($10\% \pm 5$) пациентов, у 2 женщин и 2 мужчин.

Значимо чаще нарушения когниции выявлялись при длительности ГЭРБ 10 лет и более ($p < 0,01$), эта категория представлена среди 33 ($83\% \pm 6$) пациентов, из которых значимо больше женщин ($p = 0,041$) – 20 человек и 13 мужчин.

Результаты исследования

По данным краткой шкалы оценки психического статуса в ГИ вошли 8 ($27\% \pm 8$) пациентов с недементными нарушениями, чаще женщины – 6 человек, реже мужчины – 2 больных ($p=0,018$); у 12 ($40\% \pm 9$) пациентов, из них 7 женщин и 5 мужчин, выявлены дементные нарушения легкой степени тяжести; у 9 ($30\% \pm 8$) пациентов, из них у 4 женщин и 5 мужчин, выявлена деменция умеренной степени тяжести; у 1 ($3\% \pm 3$) женщины установлена деменция тяжелой степени тяжести.

В ГК вошли 4 пациента, из них 3 женщины и 1 мужчина, с недементными нарушениями; 5 пациентов, среди которых 2 женщины и 3 мужчин, имели дементные нарушения легкой степени тяжести; у 1 женщины установлена деменция умеренной степени тяжести.

По данным теста MoCa, из всех обследованных 120 человек, снижение когнитивной функции выявлено у 40 ($33,3\% \pm 4,3$) пациентов, среди 16 ($40\% \pm 8$) мужчин и чаще среди 24 ($60\% \pm 8$) женщин ($p=0,036$), а тест рисования часов выявил дисфункцию у 36 ($30,0\% \pm 4,2$) больных, среди 21 ($58\% \pm 8$) женщины и 15 ($42\% \pm 8$) мужчин.

Результаты исследования

На фоне приема терапии на 14 и 30 сутки среди всех пациентов с ГЭРБ и нейрокогнитивными нарушениями выявлены изменения когнитивного статуса по DSM-5.

При проведении повторных консультаций с оценкой когнитивных дисфункций по DSM-5 при повторном посещении на 14 и 30 дни терапии, распределение когнитивной дисфункции по DSM-5 у пациентов, страдающих ГЭРБ с нейрокогнитивными нарушениями, было представлено следующим образом: среди изменений в категории «Комплексное внимание»:

- рассеянность внимания при повторном посещении выявлялась среди 16 (40%±8) пациентов, среди них значимо меньше ($p=0,004$) женщин – 12 пациентов и 4 мужчин, а к концу исследования нарушение сохранялось только среди 11 (28%±7) пациентов, что статистически значимо меньше чем выявлено первично ($p=0,01$), из них 6 женщин и 5 мужчин.
- распространенность нарушения избирательности внимания значимо снизилось уже ко второй консультации ($p=0,04$), выявляясь у 8 (20%±6) пациентов, а в последующем сохраняясь лишь у 4 (10%±5) человек ($p<0,01$), среди которых и при повторной консультации и к концу исследования значимо реже ($p<0,01$) встречались женщины – 1 пациент и 3 мужчин.
- Нарушение отдельного внимания распространялось при повторной консультации у 6 (15%±6) пациентов из них при повторном обследовании по 3 мужчины и женщины, и значимо реже сохранялось в конце исследования только у 2 (5%±3) пациентов ($p=0,036$), из них по 1 женщине и мужчине соответственно.
- Снижение темпа познавательной деятельности распространялось статистически реже при повторном исследовании среди 3 (8%±4) пациентов ($p=0,014$), из них женщин не выявлено, а мужчин – 3 человека ($p=0,022$; $p=0,047$), в конце исследования нарушение выявлялось значимо реже лишь у 1 (3%±3) мужчины ($p=0,002$).

Результаты исследования

В категории «Восприятие и психомоторная функция»:

- нарушение зрительного восприятия сохранялось при повторном посещении у 4 (10%±5) пациентов, из них среди 2 женщин и 2 мужчин, а к концу исследования выявлено среди 3 (8%±4) пациентов, из них у 1 женщины и 2 мужчин.
- нарушение зрительно-конструктивных способностей сохранялось на 14 сутки у 6 (15%±6) пациентов, среди них 2 женщины и 4 мужчин, а к концу исследования у 5 (13%±5) пациентов, из них у 1 женщины и 4 мужчин.
- нарушение гностической функции в середине исследования наблюдалось у 9 (23%±7) пациентов, из них 5 женщин и 4 мужчин, а на контрольном осмотре сохранялось среди 7 (18%±6) человек, из них у 5 женщин и 2 мужчин.
- нарушение праксиса на 14 сутки установлено у 6 (15%±6) пациентов, из них среди 4 женщин и 2 мужчин, а в конце исследования определялось среди 4 (10%±5) больных, из них 3 женщин и 1 мужчина.

Результаты исследования

В категории «Обучаемость и память» статистически значимо реже ($p < 0,003$) встречалось нарушение памяти на отдаленную и очень отдаленную информацию ко второму осмотру и сохранялось до конца исследования и было выявлено среди 2 ($5\% \pm 3$) пациентов, из них у 1 женщины и 1 мужчины. Нарушение памяти на текущую информацию при повторной консультации выявлялось у 19 ($48\% \pm 8$) пациентов, из них у 9 женщин и 10 мужчин, а к концу исследования встречалось значимо реже только среди 10 ($25\% \pm 7$) пациентов ($p = 0,002$), из них значимо реже среди женщин – 4 пациента ($p = 0,01$) и 6 мужчин. Нарушение памяти на недавнюю информацию сохранялось при повторном исследовании у 12 ($30\% \pm 7$) больных, из них 7 женщин и 5 мужчин, и было установлено на 30 сутки у 11 ($28\% \pm 7$) пациентов, среди них 7 женщин и 4 мужчин.

В категории «Речь» при повторной консультации нарушение экспрессивной речи выявлялось у 3 ($8\% \pm 4$) пациентов, среди них 1 женщина и 2 мужчин, а в конце исследования сохранялось у 1 ($3\% \pm 3$) пациента – женщины, регрессировав среди мужчин. Нарушение рецептивной речи встречалось у 1 ($3\% \pm 3$) женщины при повторной консультации, а к концу исследования не выявлялось среди пациентов.

Результаты исследования

При исследовании «Управляющих функций» на 14 и 30 сутки исследования нарушение планирования установлено среди 4 ($10\% \pm 5$) пациентов, из которых по 2 женщин и мужчин. Нарушение принятия решения при повторной консультации сохранялось среди 2 ($5\% \pm 3$) пациентов, по 1 женщине и мужчине, а в конце исследования выявлено только у 1 ($3\% \pm 3$) пациента – мужчины. Нарушения функции коррекции ошибок при повторной консультации сохранялось у 4 ($10\% \pm 5$) пациентов, из них у 1 женщины и 3 мужчин, а при контрольном исследовании выявлялось у 1 ($3\% \pm 3$) пациента – мужчины, значительно снизившись среди женщин ($p = 0,006$). Нарушение интеллектуальной гибкости при повторной консультации было установлено у 4 ($10\% \pm 5$) пациентов, из них 2 женщины и 2 мужчин, при контрольном осмотре сохранялось у 3 ($8\% \pm 4$) пациентов, из них среди 2 женщин и 1 мужчины.

В категории «Социальный интеллект» распространенность нарушения узнавания эмоций окружающих снизилось к 14 дню исследования и устанавливалось у 3 ($8\% \pm 4$) пациентов – мужчин, а при контрольном осмотре выявлялось у 2 ($5\% \pm 3$) пациентов – мужчин. При повторном исследовании нарушения узнавания мотивов поведения окружающих выявлено сохранение жалоб у 3 ($8\% \pm 4$) пациентов, из них у 1 женщины и 2 мужчин, а на контрольном осмотре выявлялось у 1 ($3\% \pm 3$) пациента – женщины, значительно снизившись среди мужчин ($p = 0,022$).

Результаты исследования

В ГИ в категории «Нарушения комплексного внимания» при повторном посещении изменились следующие показатели: рассеянность внимания, ранее выявленная среди 20 (67% ± 9) пациентов, на 14 сутки регрессировала у 5 человек, а при последующей консультации на 30 сутки статистически значимо снизилась еще на 6 пациентов ($p=0,003$), и к концу исследования выявлялась у 9 (30% ± 8) пациентов. Нарушение избирательности внимания, которое было установлено ранее у 12 (40% ± 9) пациентов, при повторном посещении значимо снизилось и выявлялось уже среди 5 (17% ± 7) человек ($p=0,025$), а в конце исследования сохранялось только среди 3 (10% ± 6) пациентов ($p=0,000$). Нарушение раздельного внимания, ранее установленное среди 6 (20% ± 7) пациентов, при повторном исследовании выявлялось среди 5 (17% ± 7) человек, а на 30 сутки значительно снизилось и выявлялось только у 1 (3% ± 3) мужчины ($p=0,021$). Снижение темпа познавательной деятельности, первично установленное у 9 (30% ± 8) пациентов, на 14 сутки статистически значимо снизилось до 3 (10% ± 6) человек ($p=0,027$), а к концу исследования значительно снизилось и выявлялось у 1 (3% ± 3) мужчины ($p=0,001$).

В категории «Речь» нарушение экспрессивной речи, установленное при первичной консультации у 4 (13% ± 6) пациентов, уменьшилось на 1 пациента при повторной консультации, и сохранялось в конце исследования лишь у 1 (3% ± 3) женщины. Нарушение рецептивной речи, которое было выявлено первично у 1 (3% ± 3) пациентки, сохранялось при повторном исследовании, однако регрессировало в конце исследования.

Результаты исследования

При исследовании в категории «Восприятие и психомоторная функция» нарушение зрительного восприятия, ранее установленное среди 4 ($13\% \pm 6$) пациентов, снизилось при повторном исследовании на 14 сутки на 1 пациента, и в конце исследования выявлялось только у 2 ($7\% \pm 5$) пациентов. Нарушение зрительно-конструктивных способностей, первично выявляемое среди 5 ($17\% \pm 7$) пациентов, при повторном исследовании снизилось на 1 пациента, а в конце исследования на 30 сутки выявлялось уже у 3 ($10\% \pm 4$) пациентов. Нарушение гностической функции, которое было выявлено при первом посещении у 9 ($13\% \pm 7$) человек, сохранялось на прежнем уровне при повторном посещении, но снизилось до 7 ($18\% \pm 6$) пациентов в конце исследования. Нарушение праксиса, выявленное первично у 7 ($18\% \pm 6$) пациентов, при повторном посещении, подтверждалось у 4 ($10\% \pm 6$) человек, а в конце исследования сохранялось лишь у 2 ($7\% \pm 5$) женщин ($p=0,036$).

По данным исследований в категории «Обучаемость и память» нарушение памяти на текущую информацию, первично выявленное у 18 ($60\% \pm 9$) пациентов, при повторном посещении уменьшилось на 3 человека, а к концу исследования значительно снизилось и сохранялось лишь у 7 ($23\% \pm 8$) пациентов ($p=0,002$). Нарушение памяти на недавнюю информацию, установленное у 13 ($43\% \pm 9$) пациентов, при повторном посещении выявлялось у 8 ($27\% \pm 8$) пациентов, а к концу исследования было установлено у 7 ($23\% \pm 8$) человек. Нарушение памяти на отдаленную и очень отдаленную информацию, которое было установлено у 3 ($10\% \pm 6$) пациентов на первичном консультативном приеме, сохранялось у 2 ($7\% \pm 5$) пациентов при последующих исследованиях.

Результаты исследования

При исследовании категории «Управляющие функции» нарушение планирования, которое выявлялось первично у 4 (13% ± 6) пациентов, при повторном исследовании сохранялось у 3 (10% ± 6) пациентов, а на 30 день исследования выявлялось только у 2 (7% ± 5) человек. Нарушение принятия решений, установленное ранее у 2 (7% ± 5) пациентов, также сохранялось при втором посещении, а в конце исследования сохранялось у 1 (3% ± 3) мужчины. Нарушение функции коррекции ошибок, первично установленное у 4 (13% ± 6) пациентов, сохранялось у них при повторном посещении, а в конце исследования установлено только у 1 (3% ± 3) пациента. Нарушение интеллектуальной гибкости, первично выявленное у 5 (17% ± 7) пациентов данной группы, при повторном исследовании было установлено у 3 (10% ± 6) человек, а к концу исследования сохранялось у 2 (7% ± 5) пациентов.

В категории «Социальный интеллект» нарушение узнавания эмоций окружающих, ранее выявленное на первичном осмотре у 4 (13% ± 6) пациентов, при повторной консультации сохранялось у 2 (7% ± 5) пациентов, а в последующем в конце исследования установлено только у 1 (3% ± 3) мужчины. Нарушение узнавания мотивов поведения окружающих, которое было ранее установлено у 1 (3% ± 3) мужчины, сохранялось при повторном посещении. В конце исследования нарушение узнавания мотивов поведения окружающих в данной группе пациентов выявлено не было.

Результаты исследования

В ГК среди 10 пациентов в категории «Нарушения комплексного внимания» изменились следующие показатели: рассеянность внимания, первично выявленная у 4 пациентов, в последующем на 14 сутки была подтверждена у 1 женщины ($p=0,05$), однако в конце исследования была установлена уже у 2 человек. Снижение темпа познавательной деятельности, первично выявленное у 1 мужчины, при повторных посещениях не выявлялось. При первичном осмотре установленная ранее распространенность нарушения избирательного внимания среди 3 пациентов и нарушение отдельного внимания у 1 мужчины сохранялись на прежнем уровне при всех повторных исследованиях.

В категории «Восприятие и психомоторная функция» распространенность нарушения гностической функции, первично установленная у 1 мужчины, при последующих исследованиях регрессировала. Показатели распространенности нарушения зрительного восприятия у 1 пациента, нарушения зрительно-конструктивных способностей у 2 пациентов и нарушения праксиса у 2 пациентов сохранялись на прежнем уровне при последующих повторных исследованиях.

Распространение нарушения в категории «Обучаемость и память» в показателях нарушения памяти на текущую информацию среди 4 пациентов, нарушения памяти на недавнюю информацию у 4 пациентов сохранялось прежним при повторных исследованиях с течением времени.

Качество «Управляющих функций» осталось на прежнем уровне, в виду сохраняющихся на всём протяжении времени нарушения планирования у 1 пациента и нарушения интеллектуальной гибкости также у 1 пациента.

Результаты исследования

В соответствии с данными MMSE при повторной консультации недементные нарушения сохранялись среди 12 ($30\% \pm 7$) пациентов, из них 9 женщин и 3 мужчин, а при контрольном осмотре среди 20 ($50\% \pm 8$) пациентов, из них 13 женщин и 7 мужчин. Дементные нарушения легкой степени тяжести при повторном тестировании установлены у 21 ($53\% \pm 8$) пациента, из которых 11 женщин и 10 мужчин, а в конце исследования выявлены у 19 ($48\% \pm 8$) пациентов, из них 10 женщин и 9 мужчин. Деменция умеренной степени тяжести на 14 сутки выявлялась у 7 ($18\% \pm 6$) пациентов, из них 4 женщины и 3 мужчин, а на 30 сутки статистически значимо ниже ($p = 0,035$) – 1 ($3\% \pm 3$) пациент – женщина.

Результаты исследования

В возрастной категории до 25 лет на 14 сутки когнитивные нарушения недементного характера сохранялись у 2 ($5\% \pm 3$) пациентов, среди которых по 1 женщине и мужчине, а деменция умеренной степени тяжести выявлена у 1 женщины, а на 30 сутки выявлялись когнитивные нарушения недементного характера у 2 ($5\% \pm 3$) больных, 1 женщине и мужчине, а у 1 ($3\% \pm 3$) пациента – женщины была деменция легкой степени тяжести.

В возрасте от 25 лет до 40 лет на 30 сутки исследования выявлен 1 ($3\% \pm 3$) пациент – женщина у которой нет когнитивных нарушений. Нарушения когниции недементного характера при повторном посещении установлены у 6 ($15\% \pm 6$) пациентов, из них 4 женщины и 2 мужчин, а на 30 сутки исследования у 12 ($30\% \pm 7$) пациентов, из которых 7 женщин и 6 мужчин. При повторном осмотре деменция легкой степени тяжести подтверждалась среди 12 ($30\% \pm 7$) пациентов, из них 5 женщин и 7 мужчин, а в конце исследования у 5 ($13\% \pm 5$) больных, из них 2 женщин и 3 мужчин.

Результаты исследования

В возрастной категории от 40 лет до 55 лет на 14 сутки и в конце исследования когнитивный дефицит недементного характера сохранялся у 1 (3% ± 3) пациента – женщины. Дементные нарушения легкой степени тяжести на повторном осмотре установлены у 8 (20% ± 6) пациентов, из них 5 женщин и 3 мужчин, а при завершении исследования – у 10 (25% ± 7) больных, из них 6 женщин и 4 мужчин. Дементное расстройство умеренной степени тяжести на 14 сутки сохранялись у 2 (5% ± 3) пациентов, по 1 женщине и мужчине соответственно, а в конце исследования не выявлялись, за счет перераспределения пациентов в группу с легкими и недементными нарушениями.

В возрасте старше 55 лет при повторной консультации и на 30 сутки нарушения когнитивной функции недементного уровня сохранялись у 1 (3% ± 3) пациента – женщины. Легкие дементные нарушения были выявлены в конце исследования у 1 (3% ± 3) пациента – мужчины, за счет изменения уровня когнитивного дефицита. Деменция умеренной степени тяжести на 14 сутки в данной возрастной категории выявлялась у 1 (3% ± 3) мужчины, а в конце исследования у 1 (3% ± 3) женщины, у которой ранее выявлялась деменция тяжелой степени тяжести. Дементные расстройства тяжелой степени тяжести выявлялись у 1 (3% ± 3) женщины на 14 сутки, но регрессировали к концу исследования.

Результаты исследования

При проведении консультаций на 14 и 30 сутки при длительности ГЭРБ до 1 года когнитивный дефицит сохранялся у 2 ($5\% \pm 3$) пациентов, среди которых по 1 женщине и мужчине; в группе пациентов с длительностью ГЭРБ от 1 года до 5 лет нарушения продолжали выявляться у 1 ($3\% \pm 3$) женщины; при длительности патологии от 5 лет до 10 лет нарушения выявлялись у 4 ($10\% \pm 5$) пациентов, по 2 женщины и мужчины, соответственно. При длительности ГЭРБ 10 лет и более при повторной консультации когнитивная дисфункция была представлена у 33 ($83\% \pm 6$) пациентов, среди которых 20 женщин и 13 мужчин, а при контрольном исследовании – выявлялась у 32 ($80\% \pm 6$) пациентов, среди которых 19 женщин и 13 мужчин.

Результаты исследования

По данным MMSE в ГИ в конце исследования на фоне полученной терапии выявлен 1 ($3\% \pm 3$) пациент – женщина с нормальным уровнем когнитивной функции. При повторном посещении недементные нарушения присутствовали у 9 ($30\% \pm 8$) пациентов, из них чаще у женщин ($p = 0,005$) – 7 пациентов, и у 2 мужчин, а в конце исследования – среди 14 ($47\% \pm 9$) больных, из них 8 женщин и 6 мужчин. Дементные нарушения легкой степени тяжести на повторной консультации выявлены у 15 ($50\% \pm 9$) пациентов, из них 8 женщин и 7 мужчин, а в конце исследования нарушения сохранялись у 14 ($47\% \pm 9$) пациентов, из них у 8 женщин и 6 мужчин. На повторном осмотре деменция умеренной степени тяжести выявлялась у 5 ($17\% \pm 7$) больных, из них 2 женщины и 3 мужчин, а в конце исследования значительно реже у 1 ($3\% \pm 3$) пациента – женщины ($p < 0,001$). При повторной консультации деменция тяжелой степени тяжести продолжала беспокоить 1 ($3\% \pm 3$) женщину, а к концу исследования выраженная деменция не выявлялась.

Результаты исследования

В ГК¹ при повторном исследовании на 14 сутки недементные нарушения выявлены у 3 пациентов, из них у 2 женщин и 1 мужчины, а в конце исследования у 5 пациентов, среди них 4 мужчин и 1 женщина. Деменция легкой степени тяжести на повторной консультации выявлены у 6 пациентов, из них по 3 женщины и мужчины, а на 30 сутки изменения сохранялись у 5 пациентов, из них 2 женщины и 3 мужчин. При повторном исследовании умеренная деменция сохранялась у 1 женщины, но к концу исследования изменения у пациентки соответствовали уровню легкой степени тяжести.

Результаты исследования

По данным теста МоСа при повторном исследовании на 14 сутки нарушение когнитивной функции выявлялось у 36 (90% ± 5) пациентов, из них 20 женщин и 16 мужчин, а к концу исследования значимо реже ($p < 0,01$) среди 28 (70% ± 7) больных, из них статистически реже от первичного осмотра встречались женщины – 15 пациентов ($p = 0,021$) и 13 мужчин. В ГИ¹ из всех пациентов по данным теста МоСа при повторной консультации нарушения выявлены у 26 (87% ± 6) пациентов, из них 14 женщин и 12 мужчин, а к концу исследования выявлялись значимо реже ($p < 0,05$) у 18 (60% ± 9) больных, из которых статистически реже среди женщин – 9 пациентов ($p = 0,008$), и 9 мужчин. В ГК¹ при осмотрах на 14 и 30 сутки нарушения когнитивной функции сохранялось у всех пациентов.

Тест рисования часов при повторном исследовании выявил сохранение когнитивных нарушений среди 36 (90% ± 5) больных, из них у 21 женщины и 15 мужчин, а в конце исследования нарушения встречались значительно реже у 27 (68% ± 7) пациентов ($p = 0,004$), из них у 15 женщин и 12 мужчин. В ГИ¹ при повторном осмотре нарушения выявлялись у 26 (87% ± 6) пациентов, из них 15 женщин и 11 мужчин, а в конце исследования нарушение выявлялось значимо реже у 18 (60% ± 9) больных ($p = 0,007$), из них 10 женщин и 8 мужчин. В ГК¹ при осмотрах на 14 сутки и в конце исследования нарушение когнитивных функций сохранялось у всех пациентов.

Обсуждения

1. Значимо чаще нарушения когниции выявлялись при длительности ГЭРБ 10 лет и более ($p < 0,01$), из которых статистически значимо чаще среди женщин ($p = 0,041$).

2. В ходе исследования выявлено, что пациенты группы исследования, принимающие помимо базовой терапии к лечению аминафенилмасляной кислоты гидрохлорид статистически реже страдали расстройствами комплексного внимания, а именно снизились распространенность рассеянности внимания ($p = 0,003$), нарушение избирательности внимания ($p < 0,01$), нарушение разделного внимания ($p = 0,021$), снижение темпа познавательной деятельности ($p = 0,001$).

3. При исследовании распространенности нарушений восприятия и психомоторной функции распространенность нарушения праксиса значимо снизилось ($p = 0,036$), в то время как снижение распространенности других показателей этой категории статистически значимых различий не выявляло.

Обсуждения

4. В категории «Обучаемость и память» нарушение памяти на текущую информацию к концу исследования встречалось статистически реже ($p=0,002$). Распространенность среди остальных показателей данной категории снизилась, но статистически значимых различий не выявлялось.

5. В категориях «Речь», «Управляющие функции» и «Социальный интеллект» несмотря на меньшую распространенность нарушений среди группы исследования, по отношению к началу исследования, статистически значимых различий не выявлялось.

6. В группе контроля в категориях «Нарушения комплексного внимания», «Восприятие и психомоторная функция», «Обучаемость и память», «Управляющие функции» при контрольном исследовании статистически значимых различий не выявлялось.

Обсуждения

7. В конце исследования по данным MMSE деменция умеренной степени тяжести встречалась значительно реже ($p < 0,001$).
8. По данным теста MoCa в ГИ когнитивный дефицит выявлялся к концу исследования значимо реже ($p < 0,05$), из которых статистически реже среди женщин – 9 пациентов ($p = 0,008$), в то время как в ГК он сохранялся у всех пациентов.
9. По данным теста рисования часов в ГИ в конце исследования нарушение выявлялось статистически значимо реже ($p = 0,007$).

Выводы

На основании проведенного исследования установлена корреляция развития нейрокогнитивных нарушений с длительностью ГЭРБ, в частности с превалированием заболевания 10 лет и более.

При добавлении к базисной схеме терапии ГЭРБ ноотропных препаратов с анксиолитической активностью (аминофенилмасляной кислоты гидрохлорид) значительно позволяет корректировать нейрокогнитивные нарушения недементного уровня, легкой и умеренной степени тяжести.

**БЛАГОДАРЮ
ЗА
ВНИМАНИЕ!**