

На правах рукописи

**Шевченко Виктория Владимировна**

**Неврологические нарушения у пациентов с гастроэзофагеальной  
рефлюксной болезнью и их медикаментозная коррекция**

**3.1.24. - Неврология**

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Донецк – 2026г.

Работа выполнена на кафедре неврологии и медицинской генетики федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Научный руководитель:**

**Стафинова Елена Анатольевна**

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой неврологии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава России.

**Официальные оппоненты:**

**Курушина Ольга Викторовна**

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России.

**Мироненко Татьяна Васильевна**

доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической медицины, Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет «Реавиз».

**Ведущая организация:**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Институт неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака» Минздрава России.

Защита состоится «11» июня 2026 года в 10.00 часов на заседании диссертационного совета 21.2.400.05 при ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава России по адресу: 283003, ДНР, г.о. Донецк, пр. Ильича, 16, морфологический корпус, электронный зал библиотеки на базе ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М.Горького.

Тел./факс: +7(856)344-41-51, e-mail: [spec-sovet-01-026-06@dnmu.ru](mailto:spec-sovet-01-026-06@dnmu.ru);  
[original7771@mail.ru](mailto:original7771@mail.ru)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М.Горького Минздрава России по адресу: 283003, ДНР, г.о. Донецк, пр. Ильича, 16 ([https://dnmu.ru/nauchnaya-deyatelnost/dissertatsionnye-sovety/21.2.400.05/shevchenko-viktoriya-vladimirovna.php?clear\\_cache=Y](https://dnmu.ru/nauchnaya-deyatelnost/dissertatsionnye-sovety/21.2.400.05/shevchenko-viktoriya-vladimirovna.php?clear_cache=Y))

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета 21.2.400.05

Коценко Юлия Игоревна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы исследования

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) относится к хроническим рецидивирующим заболеваниям желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и характеризуется спонтанным или регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого. Распространённость ГЭРБ в популяции составляет 8,8 – 33,1 % во всех регионах мира – лидируя в Европе и Северной Америке и менее всего распространена в странах Азии. На территории Российской Федерации, по различным данным, частота ГЭРБ составляет от 11,0 до 38,8 % (Вовк Е.И. и соавт., 2020; Awadalla N.J., 2019; Iwakiri K. et al., 2022).

В типичный симптомокомплекс ГЭРБ входят изжога, отрыжка, регургитация, одинофагия, дисфагия, некардиальная боль в грудной клетке по ходу пищевода. Однако следует отметить, что спектр нарушений, в этиологии которых гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) играет ведущую роль, достаточно широк и мало изучен. ГЭРБ может проявляться внепищеводными (атипичными) симптомами, к которым относятся кардиальные, легочные, оториноларингологические и стоматологические проявления (Маев И.В. и соавт., 2025а; Шкляев А.Е. и соавт., 2022; Fuchs K.H. et al., 2021).

Внепищеводные симптомы встречаются у 25 % случаев ГЭРБ, из-за чего в современной врачебной практике они часто «маскируются» под другие заболевания и утрачивают мононозологический характер, переходя в разряд ко- и мультиморбидности (Маев И.В. и соавт., 2025б; Domakunti R. et al., 2022; Iwakiri K. et al., 2022).

Длительный период времени ГЭРБ остаётся объектом повышенного внимания ряда специалистов: помимо профильных гастроэнтерологов, лечением атипичных проявлений занимаются пульмонологи, аллергологи, оториноларингологи, кардиологи, психиатры (Vaezi M.F. et al., 2018; Perera M.J. et al., 2021; Zhang M. et al., 2021).

В клинической практике разработано немало новых методов диагностики и схем лечения, направленных на компенсацию классических пищеводных проявлений ГЭРБ, однако недостаточно внимания уделяется изучению внепищеводных проявлений неврологического спектра при данной патологии (Костюкевич О.И. и соавт., 2018; Spechler S.J., 2020).

В симптомокомплексе нарушений ГЭРБ не учитываются изменения неврологического профиля, формирующиеся вследствие влияния заболевания на гипоталамо-лимбико-ретикулярный комплекс. Воздействие рефлюкса на слизистую оболочку пищевода вызывает реакцию структур лимбической системы и проявляется

развитием психических и висцеральных эффектов с вовлечением гипоталамуса, в котором находятся центры, связанные с поведенческими реакциями и эмоциями. Вовлечение лимбико-ретикулярной системы влияет на интеллектуально-мнестические функции и может сопровождаться дисфорией, эмоциональным растормаживанием или другими мотивационными расстройствами, что влечёт за собой развитие стресса у пациентов. Стресс, связанный с истощением на фоне ГЭРБ, может приводить к увеличению кислотного рефлюкса (Дегтярев В.П., 2018; Одарущенко О.И. и соавт.; 2019; Zhang N. et al., 2024). Для клиники ГЭРБ также характерны симптомы вегетативной дистонии (Сапожникова Т.В. и соавт., 2022; Скоромец А.А., 2007; Johnson D. et al., 2020; Huang Y. et al., 2024), которые проявляются в виде диссомнии, изменении сердечного ритма и артериального давления, кризов симпатoadреналовой, вагоинсулярной и смешанной направленности.

Сложность лечения внепищеводных симптомов ГЭРБ неврологического характера заключается в их рефрактерности к традиционным схемам терапии и требует особого подхода (Spechler, S.J., 2020; Евсютина Ю.В., 2017).

Учитывая вышеизложенное, особую значимость приобретают работы, посвящённые анализу распространённости неврологических нарушений у пациентов с ГЭРБ, которые позволяют прогнозировать развитие клинических симптомов и корректировать тактику медикаментозной терапии, что и определяет актуальность данной темы.

#### **Степень разработанности темы исследования**

Неврологические нарушения у пациентов с ГЭРБ являются одной из актуальных проблем клинической неврологии из-за их распространённости, высокого риска прогрессирования клинических проявлений и недостаточно эффективного лечения. В литературе представлена ограниченная и часто противоречивая информация о распространённости нейрокогнитивных, психоэмоциональных и вегетативных нарушений у пациентов с ГЭРБ, что требует дальнейших научных исследований.

#### **Связь с научными программами, планами, темами**

Диссертационная работа выполнена на кафедре неврологии и медицинской генетики ФГБОУ ВО ДОНГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ и является фрагментом научно-исследовательской работы: «Индивидуальная (персонализированная) коррекция интенсивной терапии с помощью медицинской экспертной системы у пациентов с острой и хронической церебральной недостаточностью различного генеза» (шифр работы УН 21.01.08). Диссертант выполнила фрагмент научно-исследовательской работы, которая посвящена изучению распространённости неврологических (нейрокогнитивных, психоэмоциональных и вегетативных) нарушений у пациентов с ГЭРБ. Тема диссертации и

научный руководитель утверждены на заседании Ученого совета №2 ГОО ВПО ДОННМУ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО от 25.02.2021 г.

**Цель исследования:**

На основе комплексного клинико-неврологического обследования улучшить диагностику неврологических нарушений у пациентов с ГЭРБ и оптимизировать тактику лечения.

**Задачи исследования:**

1. Выявить и изучить основные клинико-неврологические синдромы у пациентов с ГЭРБ, оценить их взаимосвязь с течением ГЭРБ.
2. Выявить и оценить степень тяжести психоэмоциональных нарушений у пациентов с ГЭРБ в зависимости от клинической формы ГЭРБ.
3. Выявить и оценить степень тяжести нейрочкогнитивных нарушений у пациентов с ГЭРБ и их особенности в сочетании с психоэмоциональными нарушениями.
4. Выявить и оценить основные клинические проявления вегетативной дисфункции у пациентов с ГЭРБ.
5. Провести корреляционный анализ основных неврологических нарушений у пациентов с ГЭРБ и определить основные факторы их развития.
6. Разработать схему медикаментозной терапии неврологических нарушений у пациентов с ГЭРБ и провести оценку её эффективности.

**Объект исследования:** неврологические нарушения у пациентов с ГЭРБ.

**Предмет исследования:** нейрочкогнитивные, психоэмоциональные, вегетативные нарушения у больных с ГЭРБ.

**Научная новизна полученных результатов**

Впервые на основе комплексного клинико-неврологического обследования были получены новые данные о состоянии нейрочкогнитивной, психоэмоциональной и вегетативной функций ЦНС у пациентов с ГЭРБ.

Впервые уточнены особенности нейрочкогнитивных нарушений у пациентов с ГЭРБ. Установлено, что данные нарушения чаще проявляются в виде легкого когнитивного дефицита, обусловленного длительным болевым синдромом, тревожно-депрессивными расстройствами и хроническим воспалением слизистой пищевода.

Уточнены ведущие психоэмоциональные расстройства у пациентов с ГЭРБ. Показано, что тревожные и депрессивные расстройства различной степени тяжести являются одним из важных факторов, влияющих на клиническое течение основного заболевания и эффективность терапии.

Определены ведущие факторы, которые влияют на тяжесть течения ГЭРБ, такие как ГЭР, диспептические расстройства, снижение аппетита, изжога. Эти проявления вовлекают вегетативную нервную систему (ВНС) — чаще с преобладанием симпатикотонии — и оказывают влияние на психическое здоровье, вызывая эмоциональный дискомфорт, который проявляется тревожностью и депрессией.

Впервые проведён корреляционный анализ между клиническими, нейрокогнитивными, психоэмоциональными и вегетативными показателями у пациентов с ГЭРБ. Установлены значимые корреляционные зависимости между длительностью ГЭРБ, уровнем тревожности и депрессии. Установлена умеренная положительная зависимость между MMSE и MoCa, ситуативной тревожностью оСХ и депрессией ШБ, между тревогой по HADS и ситуативной тревожностью оСХ, тревогой по HADS и личностной тревожностью оСХ, между тревогой и депрессией по HADS. Выявлена умеренная прямая зависимость между ситуативной тревожностью оСХ и депрессией ШБ; заметная положительная зависимость между ситуативной и личностной тревожностью оСХ, между уровнями депрессии по ШБ и тревоги по HADS. Установлена умеренная положительная зависимость между показателями оВ и личностной тревожностью оСХ, оВ и ситуативной тревожностью оСХ, длительностью ГЭРБ и синдромом вегетативной дистонии оВ.

Показано положительное влияние предложенной схемы лечения на когнитивные функции, состояние психоэмоциональной сферы и вегетативной нервной системы у пациентов с ГЭРБ.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Представлена теоретическая оценка клиничко-неврологических нарушений у пациентов с ГЭРБ, определены основные факторы, влияющие на развитие психоэмоциональных, нейрокогнитивных и вегетативных нарушений.

Показано, что тревожно-депрессивные расстройства являются пусковым фактором, вовлекающим в структуру ГЭРБ изменения в когнитивной сфере и ВНС.

Выявлены корреляционные связи, позволяющие определить наиболее значимые факторы и их взаимосвязь, которые влияют на тяжесть заболевания, клинические проявления ГЭРБ и позволяют прогнозировать эффективность медикаментозной терапии.

### **Методология и методы исследования**

В основу методологии исследования положен системный подход, направленный на анализ результатов исследования больных ГЭРБ с использованием опросника GERD-Q. Основными этапами исследования являлись: изучение данных современной отечественной и зарубежной литературы, формирование когорты пациентов с учётом критериев

включения и исключения, комплексное обследование, динамическая оценка и интерпретация полученных данных. В исследовании применялись клинико-неврологические, нейрокогнитивные (MMSE, MoCA, тест рисования часов), психоэмоциональные (ШБ, оСХ, HADS), вегетативные (исследования исходного вегетативного тонуса (ВИК, оВ), вегетативной реактивности (исследование орто- и клиностатического рефлекса), вегетативного обеспечения деятельности) методы обследования, опросник качества жизни SF-36, статистические (параметрические, непараметрические) и инструментальные (измерение артериального давления и регистрация ЭКГ) методы.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. У пациентов с ГЭРБ в клинической картине наблюдаются неврологические нарушения, среди которых чаще встречаются психоэмоциональные, нейрокогнитивные и вегетативные нарушения.

2. Психоэмоциональные нарушения проявляются преимущественно лёгкими и в меньшей степени – средней степени тяжести тревожно-депрессивными расстройствами, и наблюдаются у всех обследуемых пациентов с ГЭРБ.

3. Нейрокогнитивные нарушения у пациентов с ГЭРБ выявляются у трети обследованных и проявляются в виде лёгких когнитивных расстройств, среди которых: рассеянность внимания, нарушение памяти на текущую и на недавнюю информацию, нарушение избирательности внимания, снижение темпа познавательной деятельности, нарушение гностической функции.

4. Длительность и тяжесть ГЭРБ, гендерный фактор, возраст пациентов влияют на развитие неврологических нарушений.

### **Степень достоверности и апробация результатов исследования**

Достоверность полученных автором результатов, которые изложены в диссертационной работе, основываются на использовании современных методов диагностики, высокоинформативных методов клинического исследования, достаточном объёме материала исследования, применении методик, адекватных поставленным задачам, и современных методов статистического анализа. Положения, изложенные в диссертации, построены на достаточно изученных и проверенных фактах, которые согласуются с опубликованными данными. Все исследования проведены на метрологически поверенном оборудовании.

### **Апробация результатов исследования**

Основные положения диссертационной работы представлены на научных форумах: VI Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать ...болезнь», посвященного 92-й годовщине основания ГОО ВПО «ДонНМУ имени М.Горького» (г.Донецк, 15-16 декабря 2022 г.); I Научно-практической конференции с международным участием «Контраверсии и инновации в детской и общей неврологии» (г. Донецк, 21 апреля 2023 г.); Республиканской научно-практической интернет-конференции «Проблема коморбидности в клинике внутренних болезней» (г.Донецк, 26 апреля 2024 г.); Научно-практической интернет-конференции «Актуальные вопросы гастроэнтерологии... и не только» (г.Донецк, 25 октября 2024 г.); VIII Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать...болезнь» (г.Донецк, 25-26 ноября 2024г.).

Материалы диссертации заслушаны, обговорены и рекомендованы к представлению в Диссертационный совет 21.2.400.05 на совместном заседании кафедры неврологии и медицинской генетики и кафедры факультетской терапии им. А.Я.Губергрица ФГБОУ ВО ДОНГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ, протокол № 6 от 28.01.2026г.

#### **Личный вклад соискателя**

Диссертация является самостоятельным научным трудом соискателя. В соавторстве с научным руководителем определено методологическое построение работы. Автор непосредственно участвовала в разработке самой идеи, организации и проведении всех этапов исследования, разработке дизайна исследования, получении научных результатов. Соискатель самостоятельно провела информационный поиск, анализ научной литературы, осуществила подбор и распределение пациентов в группы. На всех этапах работы провела клинико-неврологическое обследование. Диссертант проанализировала полученные данные и провела их статистическую обработку, оформила текст диссертации и научных публикаций. Совместно с научным руководителем автор выполнила формулировку основных научных положений, целей, задач и выводов диссертации. Результаты исследования опубликованы в рецензируемых журналах и доложены на научных конференциях. В научных работах, опубликованных по материалам диссертации в соавторстве, соискателю принадлежала ведущая роль в формулировании цели, задач, статистической обработке и анализе результатов. Автором не были заимствованы результаты и идеи соавторов публикаций.

#### **Внедрение в практику**

Результаты диссертационного исследования используются в практической работе неврологических отделений №1 и №2, гастроэнтерологическом отделении РКБ ДНР ГБУ им.М.И. Калинина г.Донецка, неврологического отделения ГБУ «ГБ №7 г.Макеевки»,

отделении медицинской реабилитации УНЛК «УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА» ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также в лекционном курсе и практических занятиях со студентами и ординаторами кафедры неврологии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

### **Публикации**

По результатам исследования опубликовано 15 печатных работ, из них 4 статьи в научных изданиях, 2 из которых в рецензируемых журналах высшей аттестационной комиссии Минобрнауки РИНЦ ДНР для публикации основных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук и 11 тезисов в сборниках и материалах конференций, конгрессов, форумов.

### **Структура и объем диссертации**

Диссертация изложена на 160 страницах компьютерного текста и имеет следующую структуру: введение, обзор литературы, материалы и методы исследования, две главы собственных исследований, анализ и обсуждение результатов исследования, выводы, практические рекомендации, перечень условных сокращений, список используемой литературы. Список литературы включает 166 источников, из них 78 отечественных и 88 иностранных источников.

Диссертация содержит 10 таблиц и 18 рисунков.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материалы и методы исследования**

В обследовании приняли участие 120 пациентов с ГЭРБ, составивших группу исследования (ГИ) и 30 «практически здоровых» добровольцев, которые дали информированное согласие на участие в исследовании, которое соответствовало принципам Хельсинкской декларации и законодательству РФ. Пациенты находились на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГБУ ДНР РКБ им. М.И. Калинина за период с 2019 г. по 2022 г. с изолированной, эндоскопически негативной ГЭРБ с типичными клиническими симптомами ГЭРБ без осложнённого течения (пептическая язва пищевода, стриктура пищевода, пищевод Барретта) было 72 пациента; с эндоскопически позитивной ГЭРБ с катаральным и/или эрозивным рефлюкс-эзофагитом в стадии A-D – 81 пациент. Среди соматической патологии у пациентов с ГЭРБ имели место контролируемая артериальная гипертензия – у 23 (19%) и церебральный атеросклероз без значимых гемодинамических сдвигов – у 34 (28%) пациентов.

Критерии исключения из исследования: пациенты с грубыми соматическими патологиями органов и систем (нарушения ритма сердца: несинусовый ритм, множественные наджелудочковые и желудочковые экстрасистолии по данным ЭКГ, неконтролируемая артериальная гипертензия, нарушение коронарного и мозгового кровообращения в анамнезе, тяжелые полиорганные и онкологические заболевания, дисметаболические заболевания), психические расстройства, пациенты пожилого и старческого возраста.

У всех пациентов осуществлялся анализ жалоб, сбор данных анамнеза заболевания, исследование объективного и неврологического статуса, оценивались когнитивные функции по DSM-5 с применением краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE), Монреальской когнитивной шкалы (MoCA) и теста рисования часов, психоэмоциональные изменения с помощью шкалы самооценки Спилбергера – Ханина (oCX), шкалы депрессии Бека (ШБ), госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), определялся вегетативный статус с изучением вегетативных реакций путём исследования исходного вегетативного тонуса с вычислением вегетативного индекса Кердо (ВИК) и заполнением опросников для выявления признаков вегетативных изменений А.М. Вейна (oB), вегетативной реактивности с исследованием орто- и клиностатического рефлекса, вегетативного обеспечения деятельности при физической и умственной нагрузке с оценкой пульса, артериального давления и показателей ЭКГ, заполнялся опросник качества жизни SF-36, выполнялись статистические (параметрические, непараметрические) и инструментальные (измерение артериального давления и регистрация ЭКГ) методы исследования.

Измерение артериального давления (САД/ДАД, мм рт. ст.) проводили аускультативным методом по Короткову (в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов (2018 г.)) с помощью механического тонометра Microlife мод. BP AG1-40, оснащённого манжетой универсального размера (22–42 см) и манометром с погрешностью  $\pm 3$  мм рт. ст.

Регистрацию ЭКГ выполняли с применением двух приборов: трёхканального электрокардиографа АИР203, тип АИР3.944110.002 (регистрация в 3 стандартных отведениях, скорость лентопротяжки 25 мм/с, амплитуда калибровочного сигнала 1 мВ = 10 мм) и 12-канального электрокардиографа SCHILLER CARDIOVIT AT-1, тип 36578-07 с регистрацией ЭКГ в 12 стандартных отведениях (скорость записи 25 и 50 мм/с, частотный диапазон 0,05–150 Гц, разрешение 16 бит) с изучением интервалов R-R, P-Q, комплекс QRS, положение сегмента ST относительно изолинии, величины зубцов R и T.

Исследования проводились перед началом исследования, на 14-й и 30-й дни. Пациенты были разделены на 3 группы по 40 человек: в ГИ1 вошли пациенты с ГЭРБ с нейрокогнитивными нарушениями и психоэмоциональными расстройствами; ГИ2 – пациенты с ГЭРБ и психоэмоциональными нарушениями; ГИ3 – пациенты с ГЭРБ и нарушениями вегетативной нервной системы и психоэмоциональными проявлениями.

Пациенты не отличались между собой по возрастным группам, а также по средневозрастным показателям, составляя соответственно для ГИ1 с нейрокогнитивными нарушениями –  $40,0 \pm 13,6$  лет; ГИ2 с психоэмоциональными проявлениями –  $41,7 \pm 12,4$  лет; ГИ3 с нарушением вегетативной нервной системы –  $41,9 \pm 9,9$  лет. Длительность основного заболевания составила от 3 месяцев до 35 лет.

Полученные результаты обрабатывались методами математической статистики в пакетах лицензионных программ “Microsoft Excel” (создание базы данных) и “Statistica for Windows 10”. Количественные показатели шкал и опросников, оценивались при помощи критерия Шапиро-Уилка или критерия Колмогорова-Смирнова, а также показателей асимметрии и эксцесса (Peacock J.L., 2011). Количественные показатели, имеющие нормальное распределение, объединялись в вариационные ряды, в которых проводился расчет средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений, а также границ 95%-го доверительного интервала (95% ДИ) (Наследов А.Д., 2011).

Номинальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. При сравнении средних величин в нормально распределенных совокупностях количественных данных рассчитывался t-критерий Стьюдента. Различия показателей считались статистически значимыми при уровне значимости  $p < 0,05$  (Peacock J.L., 2011). Для проверки статистических гипотез о различиях относительных частот в независимых выборках использовался  $\phi^*$  - критерий Фишера (угловое преобразование) (Петри А. и соавт., 2010). Для сопоставления показателей, измеренных в двух сравниваемых парных выборках испытуемых до начала и в конце исследования, применялся W-критерий Вилкоксона (Peacock J.L., 2011). Изучение связи между явлениями, представленными количественными данными, распределение которых отличалось от нормального, выполняли расчетом коэффициента ранговой корреляции Спирмена (Чегодаев А.И., 2010). Оценка статистической значимости корреляционной связи осуществлялась с помощью t-критерия. Значения коэффициента корреляции  $r$  интерпретировались в соответствии со шкалой Чеддока (Peacock J.L., 2011).

### **Результаты собственных исследований и их обсуждение**

Проведённое клинико-неврологическое исследование выявило, что основными неврологическими нарушениями у пациентов с ГЭРБ были: психоэмоциональные нарушения – у всех больных; нейрокогнитивные – у 40 (33%); вегетативные – у 40 (33%). У части пациентов имело место сочетание неврологических нарушений: в виде психоэмоциональных и вегетативных нарушений – у 40 (33%), психоэмоциональных и нейрокогнитивных расстройств – у 51 (43 %).

При анализе данных в начале исследования было установлено, что у 23 (20%) пациентов с ГЭРБ имели место недементные признаки когнитивных нарушений, выявленных с помощью MMSE и теста рисования часов, однако при проведении MoCa-теста когнитивные расстройства отсутствовали.

Наиболее частыми нейрокогнитивными проявлениями были: рассеянность внимания – у 24 (60%;  $p < 0,05$ ), нарушение памяти на текущую информацию – у 22 (55%), нарушение памяти на недавнюю информацию – у 17 (43%), нарушение избирательности внимания – у 15 (38%), снижение темпа познавательной деятельности – у 10 (25%), нарушение гностической функции – у 10 (25%), нарушение праксиса – у 9 (23%) пациентов, что указывает на высокую степень когнитивной нагрузки.

В категории «комплексное внимание» рассеянность внимания была наиболее распространённой дисфункцией – у 24 (60 %) пациентов; из «восприятия и психомоторной функции» страдала гностическая функция – у 10 (25%) и праксис – у 9 (23%); нарушение «речи», выявлялось значительно реже – у 5 (13%) пациентов; нарушения «управляющих функций» в виде расстройства планирования и принятия решений – у 7 (18%) пациентов; изменение «социального интеллекта» с нарушением узнавания эмоций – у 5 (13%) и нарушение узнавания мотивов поведения окружающих – у 3 (8%) пациентов.

Было установлено, что когнитивные нарушения в ГИ1 варьируют от недементных до дементных умеренной степени. При этом наиболее часто встречались дементные нарушения лёгкой степени – у 17 (43%) пациентов, умеренной степени тяжести – у 11 (28%). При анализе возрастных групп установлено, что в группах от 25 до 55 лет 17 (43%) пациентов имели более высокую частоту дементных нарушений лёгкой степени тяжести, а в возрастной группе 55 лет и старше – у 2 (5 %) пациентов выявлялись дементные нарушения умеренной степени тяжести. При этом чем длительнее пациент страдал ГЭРБ, тем чаще выявлялись когнитивные нарушения. Так при длительности ГЭРБ 10 лет и более когнитивные расстройства встречались значительно чаще – в 33 (83%) случаях, что, вероятно, связано не только с длительностью заболевания, но и с тяжестью ГЭРБ, длительным болевым синдромом, наличием депрессии и тревоги, нарушением сна и

снижением качества жизни. У 24 (60%) женщин когнитивные нарушения встречались чаще, чем у мужчин – 16 (40%).

Результаты оСХ показали, что у всех пациентов были признаки ситуативной и личностной тревожности; у 77 (64%) пациентов по данным ШБ была выявлена депрессия разной степени выраженности, что согласовалось с результатами HADS, где данный показатель составил 66 (55%) случаев, тревогу отметили 77 (64%) пациентов.

Психоэмоциональные нарушения проявляли себя в виде тревожных расстройств у всех пациентов ГИ2, депрессии и тревоги – у 38 (95%), а сочетание тревожных расстройств и тревожно-депрессивных нарушений – у 36 (90%) пациентов.

Следует отметить, что у 28 (70%) пациентов были выявлены умеренные и выраженные уровни как ситуативной, так и личностной тревожности, при этом мужчины чаще страдали от выраженной ситуативной тревожности, а женщины – от выраженной личностной тревожности. У 4 (10%) пациентов до 25 лет преобладал низкий и умеренный уровень тревожности, в остальных возрастных группах преобладали умеренные уровни как ситуативной, так и личностной тревожности – в 13 (33%) случаях. Нами было установлено, что все пациенты ГИ2 по ШБ имели депрессию разной степени выраженности, при этом самой распространённой формой была выраженная депрессия и встречалась – у 19 (48%) пациентов, чаще среди женщин – 13 (68%;  $p = 0,031$ ).

В разных возрастных группах по данным ШБ были выявлены разные уровни депрессии: так в группе до 25 лет депрессия была преимущественно лёгкой и умеренной – у 3 (8%) пациентов; в возрасте от 25 до 40 лет распространённость выраженной депрессии составила 9 (23%) случаев и была наиболее значительной, в то время как в возрастной группе от 40 до 55 лет депрессия была представлена в основном лёгкой, умеренной и выраженной степенью – у 10 (25%) пациентов; умеренная и выраженная депрессия была равномерно распределена (4/10%; 4/10% соответственно) в группе 55 лет и старше. При этом женщины чаще страдали выраженной депрессией – 13 (33%) случаев, особенно в возрастной группе от 25 до 40 лет, а мужчины – умеренной депрессией – у 11 (28%) пациентов.

У пациентов с длительностью ГЭРБ до 1 года депрессия в основном была лёгкой или умеренной – у 3 (8%) пациентов. Женщины чаще страдали выраженной депрессией, особенно в группах с длительностью ГЭРБ от 5 лет и более – у 12 (30%) пациентов. У мужчин чаще выявлялась умеренная депрессия при длительности ГЭРБ 10 лет и более – у 5 (13%) пациентов, в то время как тяжёлая депрессия превалировала у лиц мужского пола при длительности ГЭРБ от 5 до 10 лет, а также 10 лет и более – у 2 (5%) пациентов.

Лёгкая степень депрессии была выявлена у 2 (5%) пациентов с длительностью ГЭРБ до 1 года; умеренная депрессия – у 3 (8%) пациентов с длительностью ГЭРБ от 5 до 10 лет; признаки выраженной депрессии чаще наблюдались у пациентов с длительностью ГЭРБ 10 лет и более – у 14 (35%) пациентов; а тяжёлая депрессия была выявлена лишь у небольшой части пациентов – в 2 (5%) случаях.

Полученные данные оСХ и ШБ соответствовали показателям HADS. Так анализируя возрастные группы мы установили, что в группе до 25 лет были более выражены субклинические уровни депрессии и тревоги – у 2 (5%) пациентов; в группе от 25 до 40 лет – субклинические и выраженные уровни депрессии и тревоги – у 2 (5%); в группе от 40 до 55 лет выраженные уровни депрессии и тревоги чаще встречаются – у 2 (5%) мужчин, тогда как субклинические уровни тревоги – у 2 (5%) женщин; в возрастной группе 55 лет и старше субклинические уровни тревоги (2/5%; 3/8%) и депрессии (3/8%; 4/10%) примерно равномерно были распределены между мужчинами и женщинами. Анализ длительности ГЭРБ и психоэмоциональных нарушений показал, что пациенты с ГЭРБ до 1 года имели субклинические уровни депрессии и тревоги в 3 (8%) случаях; при длительности ГЭРБ от 1 до 5 лет – выраженной депрессии и субклинической тревоги – у 1 (3%); у пациентов с длительностью ГЭРБ от 5 до 10 лет преобладали субклинические уровни депрессии и тревоги у 5 (13%), и чаще наблюдались у мужчин; при длительности ГЭРБ 10 лет и более значительно возрастала частота субклинической депрессии и тревоги, чаще среди женщин.

Установлена заметная положительная зависимость между уровнями депрессии по ШБ и тревоги по HADS, что указывает на взаимосвязь этих состояний ( $r = 0,52$ ;  $p = 0,003$ ), эту зависимость можно объяснить специфическими причинами, характерными для пациентов ГЭРБ: ГЭР, диспептические расстройства, снижение аппетита, изжога, хроническая боль по ходу пищевода.

У большинства пациентов ГИ<sup>3</sup> с расстройствами вегетативной нервной системы статистически значимо чаще ( $p < 0,01$ ) преобладала симпатикотония – у 26 (65%) пациентов; реже – у 8 (20%) пациентов выявлялась парасимпатикотония; выраженная симпатикотония встречались – у 2 (5%), выраженная парасимпатикотония – у 3 (9,5%) пациентов. Симпатикотония чаще встречалась в возрасте до 40 лет – у 11 (28%) пациентов, тогда как парасимпатикотония чаще наблюдалась у женщин в возрасте от 40 до 55 лет и составила 4 (10%) случая.

Выявлено, что симпатикотония чаще встречалась при длительности ГЭРБ от 10 лет и более – у 28 (70%) пациентов; парасимпатикотония выявлялась реже – у 8 (20%) пациентов, но была более значима при длительности ГЭРБ 10 лет и более – у 6 (15%),

особенно у женщин. Мы уточнили, что симпатикотония и парасимпатикотония проявлялись в меньшей степени на ранних стадиях ГЭРБ, но усугублялись при увеличении длительности заболевания. Установлены гендерные различия: так, у женщин чаще встречалась дисфункция ВНС, которая, как правило, была связана с длительностью основного заболевания.

У пациентов с психоэмоциональными расстройствами и дисфункцией ВНС были выявлены изменения по оСХ в виде преобладания низкого уровня ситуативной и личностной тревожности – у 27 (68%) пациентов ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,01$ ). При этом женщины чаще страдали от умеренной и выраженной личностной тревожности – в 8 (20%) случаях, а мужчины – 13 (33%) пациентов не имели депрессивных нарушений по данным ШБ. Согласно данным HADS, большинство пациентов – 17 (43%) – не имели признаков тревоги или депрессии; однако изолированно субклинический уровень тревоги выявлялся – у 21 (53%) и депрессии – у 11 (28%) пациентов.

Большинство пациентов с ГЭРБ и дисфункцией ВНС не имели значимых когнитивных нарушений. Женщины и мужчины показывали одинаковые результаты по данным MMSE и MoCa тестов, что говорит о том, что когнитивные функции у большинства пациентов остаются в норме.

В ходе исследования нами были описаны корреляционные связи между уровнем тревожности, депрессии и вегетативными нарушениями по данным ряда шкал и тестов (оСХ, ШБ, HADS, MMSE, MoCa). Установлены значимые корреляционные зависимости между длительностью ГЭРБ, уровнем тревожности и депрессии. В ГИ1 при проведении корреляционного анализа было установлено, что существует: умеренная положительная зависимость между данными MMSE и MoCa ( $r = 0,42$ ;  $p = 0,021$ ); заметная прямая зависимость ситуативной и личностной тревожности оСХ ( $r = 0,68$ ;  $p < 0,0001$ ). Выявлена умеренная зависимость между ситуативной тревожностью оСХ и депрессией ШБ ( $r = 0,36$ ), существует умеренная положительная зависимость между тревогой по HADS и ситуативной тревожностью оСХ ( $r = 0,43$ ;  $p = 0,017$ ), тревогой по HADS и личностной тревожностью оСХ ( $r = 0,41$ ;  $p = 0,023$ ), тревогой и депрессией по HADS ( $r = 0,45$ ;  $p = 0,014$ ). В ГИ2 корреляционный анализ установил: умеренную прямую зависимость между ситуативной тревожностью оСХ и депрессией ШБ ( $r = 0,39$ ;  $p = 0,035$ ), заметную положительную зависимость между ситуативной и личностной тревожностью оСХ ( $r = 0,54$ ;  $p = 0,002$ ), заметную положительную зависимость между уровнями депрессии по ШБ и тревоги по HADS ( $r = 0,52$ ;  $p = 0,003$ ), высокую прямую зависимость между тревогой и депрессией HADS ( $r = 0,88$ ;  $p < 0,0001$ ). В ГИ3 корреляционный анализ показал, что

существует: умеренная положительная зависимость между показателями оВ и личностной тревожностью оСХ ( $r = 0,44$ ;  $p = 0,015$ ), оВ и ситуативной тревожностью оСХ ( $r = 0,37$ ;  $p = 0,042$ ), длительностью ГЭРБ и синдромом вегетативной дистонии оВ ( $r = 0,37$ ;  $p = 0,045$ ), умеренная прямая зависимость между ситуативной тревожностью оСХ и депрессией ШБ ( $r = 0,47$ ;  $p = 0,009$ ).

Для лечения неврологических нарушений у пациентов с ГЭРБ нами в комплексную терапию для коррекции психоэмоциональных нарушениях (ГИ<sup>2</sup>) назначался темгиколурил 0,3 гр. 1 таб. 3 р/д 1 месяц, при нейрокогнитивных нарушениях (ГИ<sup>1</sup>) – аминоксилотная кислота гидрохлорид 0,25 гр. 1 таб. 2 р/д 1 месяц, пациентам с вегетативной дисфункцией – комбинированный препарат (ГИ<sup>3</sup>) – алкалоид красавки 100 мкг + эрготамина тартрат 300 мкг + фенотарбитал 20 мг 1 таб. 3 р/д 1 месяц. Выбор препаратов был максимально направлен на уменьшение клинических проявлений неврологических синдромов. В ГК<sup>1</sup>, ГК<sup>2</sup>, ГК<sup>3</sup> пациенты принимали только базовую схему терапии ГЭРБ.

В ходе терапии наблюдалось значительное улучшение когнитивных нарушений в ГИ<sup>1</sup> – у 18 (45%) пациентов на 30 день от начала терапии. Количество пациентов с недементными и дементными нарушениями лёгкой степени увеличилось с 12 (30%) и составило 39 (95%) пациентов, с умеренной деменцией также отметили положительный результат 10 (25%) пациентов.

В ГК<sup>1</sup> также имело место снижение когнитивных нарушений, однако они были менее выражены по сравнению с ГИ<sup>1</sup> и не являлись статистически значимыми.

По данным МоСа-теста первично выявлялась высокая распространённость когнитивных нарушений, особенно среди женщин. При анализе данных на 30 сутки исследования выявлено снижение количества пациентов с когнитивными нарушениями 24 (60%) и 18 (45%) соответственно. В ГИ<sup>1</sup> на 30 день наблюдались улучшения по данным МоСа-теста – у 18 (60%) больных, что подтверждалось критерием Вилкоксона ( $p < 0,0001$ ) по сравнению с ГК<sup>1</sup>. В ГК<sup>1</sup> нарушения когнитивных функции сохранялись у всех пациентов. МоСа-тест на 30 день показал, что у всех пациентов выявлялись когнитивные нарушения, но выраженность их достоверно была меньше ( $p = 0,001$ ).

В ГИ<sup>1</sup> по тесту рисования часов установлено, что на 30 день – у 18 (60%) пациентов отмечено снижение выраженности когнитивных нарушений, более значимо в ГИ<sup>1</sup>, что было подтверждено статистическими данными ( $p < 0,0001$ ). У женщин результаты были лучше, чем у мужчин (9/30%; 4/13% соответственно). В ГК<sup>1</sup> когнитивные нарушения сохранялись у всех 10 (100%) пациентов, но значения теста рисования часов были лучше в сравнении с показателями до начала терапии ( $p = 0,043$ ).

Установлено, что среди пациентов с нейрокогнитивной дисфункцией по данным оСХ был наиболее распространен низкий уровень ситуативной и личностной тревожности на всех этапах исследования. Уровень ситуативной и личностной тревожности снизился на 30 день исследования, особенно в ГИ<sup>1</sup> ( $p < 0,0001$ ;  $p = 0,001$ ) и составил 33 (83%) и 30 (75%) случаев соответственно. В ГК<sup>1</sup> наблюдалось уменьшение тревожности, однако значимо ( $p = 0,02$ ) снижалась ситуативная тревожность.

На фоне проводимой терапии 7 (18%) пациентов отметили положительную динамику, при этом существовала заметная прямая зависимость между ситуативной и личностной тревожностью ( $r = 0,68$ ;  $p < 0,0001$ ).

На 30 сутки от начала терапии наблюдалось снижение уровня депрессии у 24 (60%) пациентов. Выраженная и тяжёлая степени депрессии практически не выявлялись к окончанию лечения ( $p = 0,001$ ). Была установлена умеренная зависимость между ситуативной тревожностью и депрессией ( $r = 0,36$ ) у пациентов с нарушением в когнитивной сфере.

Анализ данных HADS показал, что у значительного числа пациентов показатели тревоги и депрессии улучшались и уже на 30 день и составили 31 (78%) и 33 (83%) соответственно. Между уровнем тревоги и депрессии выявлена умеренная положительная зависимость ( $r = 0,45$ ), а также была выявлена умеренная положительная зависимость между тревогой по HADS и ситуативной ( $r = 0,43$ ), и личностной тревожностью ( $r = 0,41$ ) по оСХ.

Проведенный анализ повторного обследования показал на 30 день значительное снижение уровня депрессии и тревоги по данным оСХ, ШБ и HADS в ГИ<sup>2</sup> по сравнению с ГК<sup>2</sup>, что свидетельствовало об эффективности проводимого лечения. Выявленная прямая корреляция между уровнем депрессии и тревоги показывает необходимость участия невролога в лечении пациентов с ГЭРБ.

На 14 и 30 сутки терапии было выявлено, что в ГИ<sup>2</sup> наблюдается снижение уровня как ситуативной, так и личностной тревожности у 25 (83%) и у 26 (87%) пациентов соответственно, что подтверждается статистическими данными ( $p < 0,0001$ ;  $p < 0,0001$ ). В ГК<sup>2</sup> также наблюдалось снижение уровней тревожности, однако не имело статистической значимости.

Результаты HADS на 14 и 30 сутки исследования показали, что в ГИ<sup>2</sup> наблюдается значительное снижение уровня депрессии и составляет 22 (55%) случая ( $p < 0,05$ ), что подтверждено статистическими данными ( $p < 0,0001$ ). В ГК<sup>2</sup> наблюдается снижение уровня депрессии, но данный показатель был менее значителен по сравнению с группой ГИ<sup>2</sup> ( $p = 0,008$ ).

В ходе исследования у пациентов с дисфункцией вегетативной нервной системы установлено, что на 14 и 30 сутки: - у 24 (60%) пациентов наблюдается снижение частоты жалоб на головокружение; - у 21 (53%) – нарушение сна; - у 18 (45%) – чувства тревоги и страха; - у 19 (48%) – диспептические расстройства; - у 16 (40%) пациентов головные боли; в то время как брадикардия и частота симпто-адреналовых кризов не изменялась.

Отмечено улучшение состояния пациентов в ГИ<sup>3</sup>, за счет уменьшения больных с превалированием симпатического отдела ВНС, и переходом в состояние нормотонии на 30 день исследования. Выявлялось уменьшение клинических проявлений симпатикотонии и парасимпатикотонии на 30 день исследования у 27 (68%) пациентов ( $p < 0,05$ ). Критерий Вилкоксона выявил изменения показателя ВИК на 30 сутки ( $p = 0,041$ ). Выявлена умеренная положительная зависимость между длительностью ГЭРБ и синдромом вегетативной дистонии, установлено, что чем дольше пациент болеет ГЭРБ тем дисбаланс со стороны ВНС более значимый ( $r = 0,37$ ;  $p = 0,045$ ).

По данным оВ на 30 сутки отмечено уменьшение количества пациентов с дисфункцией ВНС с 40 (100%) до 22 (55%) пациентов ( $p < 0,0001$ ), при этом зафиксировано статистически значимое снижение частоты дисфункции ВНС как у женщин, так и у мужчин ( $p = 0,012$ ;  $p = 0,027$ ). Установлена положительная корреляционная связь умеренной степени между показателями оВ и уровнем личностной и ситуативной тревожности оСХ ( $r = 0,44$ ;  $p = 0,015$ ;  $r = 0,37$ ;  $p = 0,042$ ), что указывает на взаимосвязь между дисфункцией ВНС и тревожными расстройствами.

Отметим, что в ходе исследования пациенты с дисфункцией ВНС показали улучшение состояния тревожности по оСХ на фоне терапии на 14 и 30 день, снижение как ситуативной – у 35 (88%), так и личностной тревожности – у 37 (93%) пациентов ( $p < 0,0001$ ;  $p < 0,0001$ ). Выявлена корреляция между ситуативной тревожностью и депрессией ( $r = 0,47$ ;  $p = 0,009$ ).

Частота депрессивных нарушений по ШБ у пациентов на 14 и 30 дни также снижалась в виде увеличения количества пациентов без признаков депрессии с 24 (60%) до 35 (88%) пациентов, снижения признаков лёгкой депрессии – с 10 (25%) до 5 (13%) пациентов. При анализе результатов HADS нами установлено улучшение состояния пациентов в виде снижения уровня тревоги и депрессии, что подтверждено статистическими методами Вилкоксона, особенно в ГИ<sup>3</sup> ( $p < 0,0001$ ;  $p < 0,0001$ ).

Статистический анализ подтвердил значительное снижение показателя оВ, а корреляционный анализ выявил взаимосвязь между дисфункцией ВНС и тревожностью, длительности ГЭРБ и выраженностью дисфункции ВНС.

## ВЫВОДЫ

В диссертационной работе представлено теоретическое обоснование и новое решение актуальной научной задачи – изучение неврологических нарушений у пациентов с ГЭРБ для улучшения диагностики и повышения эффективности лечения на основе комплексного клинико-неврологического обследования.

1. У пациентов с ГЭРБ выявлены основные неврологические синдромы: психоэмоциональный – у 120 (100%), нейрокогнитивный – у 40 (33,3%) и вегетативный – у 40 (33,3 %) пациентов. Имело место сочетание психоэмоциональных проявлений с вегетативным синдромом – у 40 (33,3%) и психоэмоциональных проявлений с нейрокогнитивным синдромом – у 51 (43 %) пациентов.

2. Основными проявлениями психоэмоциональных нарушений были тревожные расстройства у всех пациентов, депрессия и тревога – у 95%, а сочетание тревожных расстройств с тревожно-депрессивными нарушениями – у 90% пациентов. Чаще были выявлены умеренные и выраженные уровни как ситуативной, так и личностной тревожности, при этом мужчины страдали выраженной ситуативной тревожностью, а женщины – выраженной личностной тревожностью. Все пациенты имели депрессию разной степени выраженности, при этом самой распространенной формой была выраженная депрессия.

3. Нейрокогнитивные нарушения наблюдались в виде рассеянности внимания – у 60% ( $p < 0,05$ ) пациентов, нарушение памяти – у 81%, нарушение внимания – у 38%, нарушение гностической функции – у 25%, нарушение праксиса – у 23% пациентов, что показывает высокую степень когнитивной нагрузки и были обусловлены хроническим болевым синдромом, тревожно-депрессивными расстройствами и хроническим воспалением слизистой пищевода.

4. Вегетативные нарушения наблюдались чаще в виде симпатикотонии – у 29 (72%) и парасимпатикотонии – у 11 (28%) пациентов, и характеризовались нарушением сна/бодрствования, головокружением, чувством тревоги, страха, диспептическими расстройствами, нарушением аппетита, цефалгией, ангедонией, что возможно объяснить вовлечением в патологический процесс энтеральной нервной системы как части вегетативной нервной системы.

5. Установлены корреляционные связи между уровнем тревожности, депрессии и вегетативными нарушениями. Выявлены значимые корреляционные зависимости между длительностью ГЭРБ, уровнем тревожности и депрессии. У пациентов с психоэмоциональными и нейрокогнитивными нарушениями установлена умеренная

положительная зависимость между MMSE и MoCa ( $r = 0,42$ ;  $p = 0,021$ ); заметная прямая зависимость ситуационной и личностной тревожности оСХ ( $r = 0,68$ ;  $p < 0,0001$ ), умеренная зависимость между ситуативной тревожностью оСХ и депрессией ШБ ( $r = 0,36$ ), умеренная положительная зависимость между тревогой по HADS и ситуативной тревожностью оСХ ( $r = 0,43$ ;  $p = 0,017$ ), тревогой по HADS и личностной тревожностью оСХ ( $r = 0,41$ ;  $p = 0,023$ ), тревогой и депрессией по HADS ( $r = 0,45$ ;  $p = 0,014$ ). Изменения в психоэмоциональной сфере показали умеренную прямую зависимость между ситуативной тревожностью оСХ и депрессией ШБ ( $r = 0,39$ ;  $p = 0,035$ ), заметную положительную зависимость между ситуативной и личностной тревожностью оСХ ( $r = 0,54$ ;  $p = 0,002$ ), заметную положительную зависимость между уровнями депрессии по ШБ и тревоги по HADS ( $r = 0,52$ ;  $p = 0,003$ ), высокую прямую зависимость между тревогой и депрессией HADS ( $r = 0,88$ ;  $p < 0,0001$ ). При психоэмоциональных и вегетативных нарушениях выявлена умеренная положительная зависимость между показателями оВ и личностной тревожностью оСХ ( $r = 0,44$ ;  $p = 0,015$ ), оВ и ситуативной тревожностью оСХ ( $r = 0,37$ ;  $p = 0,042$ ), длительностью ГЭРБ и синдромом вегетативной дистонии оВ ( $r = 0,37$ ;  $p = 0,045$ ), умеренная прямая зависимость между ситуативной тревожностью оСХ и депрессией ШБ ( $r = 0,47$ ;  $p = 0,009$ ).

6. Применение анксиолитиков (темгиколурила 0,3 гр. 1 таб. 3 р/д – 1 месяц), нейропротекторов (аминофенилмасляной кислоты гидрохлорид 0,25 гр. 1 таб. 3 р/д – 1 месяц) и вегетотропных препаратов (красавки сумма алкалоидов 100 мкг + эрготамина тартрат 300 мкг + фенобарбитал 20 мг по 1 таб. 3 р/д – 1 месяц) положительно влияет на снижение клинических проявлений как основного заболевания, так и неврологических нарушений, и способствует более эффективному лечению и реабилитации пациентов.

### **Практические рекомендации**

1. Показано комплексное клиничко-неврологическое обследование пациентов с ГЭРБ с оценкой нейрокогнитивного (MMSE, MoCa), психоэмоционального статуса (оСХ, HADS, ШБ) и вегетативной нервной системы (ВИК, оВ).

2. Включение в комплексную медикаментозную терапию вегетотропных, нейрометаболических препаратов и анксиолитиков может быть рекомендовано у пациентов с ГЭРБ для улучшения эффективности лечения и реабилитации пациентов.

3. Рекомендовано при эндоскопически позитивной форме ГЭРБ – которая клинически характеризуется образованием эрозивных нарушений стенок пищевода – на начальных этапах лечения с целью коррекции психоэмоциональных нарушений включать анксиолитик темгиколурил, который не оказывает влияния на моторику пищевода и ЖКТ.

## СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

### Публикации в рецензируемых изданиях

1. Оценка вегетативной нервной системы и психоэмоциональных нарушений у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Е. А. Статинова, **В. В. Шевченко**, О. А. Голубова, В. С. Сохина // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2021. — № 4 (56). — С. 70–76 [ВАК ДНР, РИНЦ].

2. Шевченко, В. В. Состояние вегетативной нервной системы у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и её медикаментозная коррекция / **В. В. Шевченко**, Н. Н. Бондаренко // Университетская клиника. — 2025. — № 4 (57). — С. 76-81 [ВАК ДНР, РИНЦ].

### Статьи в нерецензируемых изданиях

3. Шевченко, В. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как предиктор развития неврологических нарушений / **В. В. Шевченко**, А. М. Бубликова, А. А. Токарева // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. — 2022. — № 1. — С. 209–213 [РИНЦ].

4. Когнитивные нарушения у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / **В. В. Шевченко**, Е. А. Статинова, А. Г. Джоджуа, В. С. Сохина // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. — 2023. — Т. 8, № 2. — С. 203–209 [РИНЦ].

### Тезисы в сборниках и материалах конференций, конгрессов, форумов

5. Стандартная фармакотерапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни как часть терапии вторичной хронической инсомнии / В. В. Шевченко, О. А. Голубова, Д. Ф. Шевченко, А. М. Бубликова, В. В. Масенко // Университетская клиника : научно-практический журнал. Материалы IV Международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать... болезнь», 12–13 ноября 2020 года. — 2020. — С. 601–602.

6. Статинова, Е. А. Неврологические нарушения у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Е. А. Статинова, В. В. Шевченко, А. Г. Джоджуа // Университетская клиника : приложение. Материалы V Международного медицинского форума Донбасса, 11–12 ноября 2021 г. — 2021. — С. 440.

7. Шевченко, В. В. Вегетативные нарушения у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / В. В. Шевченко // Сборник материалов 83-го международного медицинского конгресса молодых учёных «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины». — Донецк, 2021. — С. 123–124.

8. Терапия вторичной хронической инсомнии путём современной фармакотерапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Д. Ф. Шевченко, В. В. Шевченко, В. В. Масенко, А. П. Гольнева, А. М. Бубликова // Материалы XXII Всероссийской научной конференции с международным участием «Молодёжь и медицинская наука в XXI веке», 15 февраля – 1 апреля 2021 г. — Киров, 2021. — С. 204–205.

9. Состояние вегетативной нервной системы у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Е. А. Статинова, В. В. Шевченко, А. М. Бубликова, В. В. Масенко // Университетская клиника : приложение. Материалы VI Международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать... болезнь», 15–16 ноября 2022 г. — 2022. — Т. 2. — С. 309.

10. Компеляция представлений об иннервации желудочно-кишечного тракта: ось кишечник – мозг / Е. А. Статинова, В. В. Шевченко, А. Г. Джоджуа, В. В. Масенко, А. М. Бубликова, А. А. Токарева // Университетская клиника : приложение. Материалы VI Международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать... болезнь», 15–16 ноября 2022 г. — 2022. — Т. 2. — С. 311.

11. Ассоциация гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с психоэмоциональными расстройствами у пациентов / Е. А. Статинова, В. В. Шевченко, О. А. Голубова, В. В. Масенко // Университетская клиника : приложение. — 2022. — Т. 2. — С. 310.

12. Особенности нейрокогнитивного профиля у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Е. А. Статинова, В. В. Шевченко, В. С. Сохина, А. М. Бубликова, В. В. Масенко // Актуальные проблемы неврологии : сборник трудов шестнадцатой научно-практической конференции неврологов Северо-Западного федерального округа с международным участием. — Сыктывкар, 2023. — С. 89–91.

13. Компиляция представления взаимосвязи кишечно-мозговой оси с центральной нервной системой и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью [Текст] / Е. А. Статинова, В. В. Шевченко, А. М. Бубликова, О. А. Голубова // Материалы III международной конференции нейронаук «MedNeuroScience», 17 марта 2023 г. — С. 97–104.

14. Статинова, Е. А. Нормабарическая гипокситерапия пациентов с ГЭРБ и нейрокогнитивными нарушениями / Е. А. Статинова, В. В. Шевченко // Современные аспекты гипокситерапии : материалы I Международной научно-практической конференции, 2024. — Приложение I. — С. 48–49.

15. Статинова, Е. А. Медикаментозная коррекция дисфункции вегетативной нервной системы у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Е. А. Статинова, В. В. Шевченко // Университетская клиника : научно-практический журнал. — 2024. — Спец. вып. № 2. — С. 841. — Материалы VIII Международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать... болезнь».

### **ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

ВНС	–	вегетативная нервная система
ГГНО	–	гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось
ГЭБ	–	гематоэнцефалический барьер
ГЭР	–	гастроэзофагеальный рефлюкс
ГЭРБ	–	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ЖКТ	–	желудочно-кишечный тракт
НПС	–	нижний пищеводный сфинктер
НЭРБ	–	неэрозивная рефлюксная болезнь
РЭ	–	рефлюкс-эзофагит
СО	–	слизистая оболочка
ЦНС	–	центральная нервная система