

общего кол-ва) статистически значимых различий не было, $p > 0,05$. В тоже время такой показатель, как ДАН был статистически значимо выше в 1а группе 20 (95,24 % от общего кол-ва), чем 1б группе — 2 (22 % от общего кол-ва), $p < 0,05$. При анализе ДДПП мы наблюдали похожие результаты: статистически значимо выше были данные в 1а группе 12 (57,14 % от общего кол-ва), чем во 1б группе — 1 (11 % от общего кол-ва), $p < 0,05$. Иные данные были при сравнении ДН, статистически значимо выше в 1б группе 8 (88 % от общего кол-ва), чем в 1а группе 5 (23,81 % от общего кол-ва), $p < 0,05$. При анализе данных по наличию или отсутствию ИБС у пациентов 1а группы 21 (100 % от общего кол-ва) было статистически значимо выше количество пациентов с ИБС, чем в 1б группе 4 (44 % от общего кол-ва), $p < 0,05$.

При сравнении результатов теста на наличие когнитивных дисфункций с использованием t-Критерия Стьюдента в 1-й группе $21,8 \pm 0,7$ и во 2-й группе $23,4 \pm 1,3$, $p = 0,0489$, что говорит о наличии различий в группах.

Стоит отметить, что при оценке результатов тестирования, наименьшие показатели были отмечены в группах «зрительно-конструктивные навыки» ($1,98 \pm 0,67$ из максимальных 5 баллов), «память» ($2,99 \pm 0,94$ из 5 баллов), а также «речь» ($1,97 \pm 0,78$ из 3 баллов).

Выводы

1. При оценке данных Монреальской шкалы оценки когнитивной дисфункции (в двух группах) средним балл составил $22,1 \pm 4,58$ что соответствует когнитивному дефициту; в 1-й группе $21,8 \pm 0,7$ и во 2-й группе $23,4 \pm 1,3$.

2. При ретроспективном анализе гликированного гемоглобина уровень HbA1c $9,1 \pm 1,93$ % (декомпенсация).

3. При сравнении результатов теста на наличие когнитивных дисфункций с использованием t-Критерия Стьюдента в 1-й группе $21,8 \pm 0,7$ и во 2-й группе $23,4 \pm 1,3$, $p = 0,0489$, что говорит о наличии различий в группах.

4. При анализе данных у пациентов с СД 1 типа были дополнительно разбиты на следующие подгруппы: пациенты, набравшие менее 26 баллов (1а группа/21 пациент) и пациенты, набравшие более 26 баллов (2б группа/9 пациентов) статистически значимыми оказались результаты по осложнениям (ДАН; ДДПП; ДН), а также по наличию ИБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа : <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. 16.03.2022.
2. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа : <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. 16.03.2022.
3. Есин, Р. Г. Современные представления о механизмах когнитивных расстройств при сахарном диабете / Р. Г. Есин, И. Х. Хайруллин, О. Р. Есин // Медицинский альманах. 2013. № 1 (25). С. 135–138.
4. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. М. : МедиаСфера, 2002. 312 с.

УДК 616.329-002:612.8.04

ОСОБЕННОСТИ ТИПОВ РЕАГИРОВАНИЯ И ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Потайчук Ю. В., Гришечкин В. Ю.

**Научные руководители: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева;
ассистент Т. А. Курман**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), развивающаяся на фоне эмоционально-стрессовых ситуаций, приобретает все более значительную роль

в широкой врачебной практике [1]. Она является хроническим рецидивирующим заболеванием, обусловленным нарушением моторно-эвакуаторной функции желудка и пищевода. ГЭРБ характеризуется периодическим забросом в пищевод желудочного и (или) дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем морфологических (эрозии, язва, эритема) и (или) функциональных нарушений [2, 3]. В настоящее время распространенность ГЭРБ среди населения варьирует от 23,6 до 34,2 % [3, 4].

Актуальность проблемы ГЭРБ заключается не только в ее высокой распространенности и наличии типичных симптомов (изжога, регургитация, боль в эпигастральной области), ухудшающих качество жизни больных, но также и в частом возникновении нетипичных клинических проявлений (боль в грудной клетке, хронический кашель, першение в горле и т.д.), затрудняющих диагностику ГЭРБ и приводящих к гипердиагностике некоторых болезней, например, ИБС. Все атипичные проявления ГЭРБ обусловлены ее внепищеводными проявлениями, для подтверждения которых требуется дополнительное клиническое и инструментальное обследование. В клинической практике очень часто диагноз ГЭРБ устанавливается эмпирически на основании оценки клинических симптомов и ответа на лечение ингибиторами протонной помпы. Показания к проведению дополнительных исследований появляются при неэффективности терапии, неопределенности диагноза, возникших осложнениях, лечении (или профилактике) осложнений ГЭРБ [5].

Цель

Выявить различия состояния типов реагирования и вегетативного тонуса в группах пациентов с рефлюкс-эзофагитом (РЭ) и неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ) и оценить влияние на течение заболевания.

Материал и методы исследования

Были обследованы 97 пациентов с ГЭРБ в возрасте от 18 до 68 лет (59 (60,82 %) мужчин и 38 (39,18 %) женщин), из них 55 пациентов с НЭРБ и 42 с РЭ различной степени выраженности. Средний возраст пациентов составлял 39 (29; 47,5) лет, а стаж заболевания 4 (2; 10,5) года. Диагноз устанавливался на основании сбора анамнеза, клинического наблюдения и фиброгастродуоденоскопии.

Оценка состояния психовегетативных функций проводилась по методике А. М. Вейна. При изучении типов реагирования использовался личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ).

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 13.3 Trial». Использованы следующие тесты: χ^2 с поправкой Йетса и точный критерий Фишера. Коэффициент значимости учитывали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При диагностике типов реагирования пациента в ситуации болезни с помощью ЛОБИ были выявлены следующие типы личности: гармоничный — у 7 % пациентов, тревожный — у 38 %, ипохондрический — у 7 %, апатический — у 3 %, астенический — у 35 %, обсессивно-фобический — у 32 %, сенситивный — у 23 %, эгоцентрический — у 8 %, эйфорический — у 17 %, эргопатический — у 20 %, паранойяльный — у 25 %. Эти типы личности встречались у пациентов самостоятельно или в комбинации.

При анализе межгрупповых различий с помощью точного критерия Фишера выявлено статистически достоверное преобладание тревожного типа в группе пациентов с РЭ ($U = 0,154$, $p < 0,001$).

При исследовании вегетативного тонуса у пациентов с ГЭРБ эйтония была диагностирована у 79 (81,7 %) человек, преобладание симпатического тонуса у 11 (11,26 %) человек, а парасимпатического — у 7 (7,04 %) человек. Сравнение

групп пациентов с помощью критерия хи-квадрат не выявило статистически значимых результатов ($\chi^2 = 0,352$, $p = 0,837$). Изучение вегетативной реактивности у пациентов с ГЭРБ позволило выделить наличие нормальной у 79 (81,70 %), повышенной 11 (11,26 %) и извращенной реакции — 7 (7,04 %). Сравнение групп пациентов с помощью критерия хи-квадрат не выявило статистически значимых результатов ($\chi^2 = 0,352$, $p = 0,837$).

У пациентов с РЭ нормальное вегетативное обеспечение деятельности встречалось у 9 (20,69 %), а нарушенное — у 33 (79,31 %), а у пациентов с НЭРБ у 40 (73,81 %) человек диагностировалось нормальное вегетативное обеспечение деятельности, у 11 (26,19 %) — нарушенное. При сравнении групп пациентов с различными клиническими формами болезни выявлены статистически значимые различия ($\chi^2 = 17,3$, $p = 0,0001$).

Выводы

1. Исходя из исследования, чаще всего встречаются следующие типы реагирования у пациентов с ГЭРБ: тревожный, астенический, обсессивно-фобический и паранойяльный.

2. У пациентов с РЭ чаще всего встречалось нарушенное вегетативное обеспечение деятельности, а у пациентов с НЭРБ — нормальное вегетативное обеспечение ($\chi^2 = 17,3$, $p = 0,0001$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Пахомова, И. Г. Сочетанное течение гэрб и функциональной диспепсии. Терапевтические возможности на клиническом примере / И. Г. Пахомова, М. В. Малко-Скрозь // МС. 2020. № 15. С. 20–26.
2. Одарущенко, О.И. Психологическая диагностика и реабилитация пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / О. И. Одарущенко, А. В. Шакула, А. И. Павлов // Вестник восстановительной медицины. 2019. № 3 (91). С. 59–64.
3. Гришечкина, И. А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — психосоматические аспекты / И. А. Гришечкина // Фармация и фармакология. 2018. № 8. С. 41–42.
4. Особенности психосоматических нарушений высококвалифицированных спортсменов / И. К. Митин [и др.] // Спортивная медицина : наука и практика. 2018. № 2. С. 84–61.
5. Поддубная, О. А. Влияние немедикаментозной реабилитации на показатели психовегетативного статуса пациентов с синдромом раздраженного кишечника / О. А. Поддубная, К. И. Привалова // Вестник восстановительной медицины. 2018. № 2 (84). С. 118–123.

УДК 616.124.2-08-071/-073

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКИХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОМИОПАТИЯМИ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ

Приходько А. Р.

**Научные руководители: ассистент П. И. Бортновский;
к.м.н., доцент Э. Н. Платошкин**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Согласно новому определению, «кардиомиопатии представляют собой неоднородную группу заболеваний миокарда, связанных с нарушением механической и (или) электрической функции, которые обычно (хотя и необязательно) сопровождаются патологической гипертрофией или дилатацией желудочков сердца и обусловлены различными причинами, многие из которых — генетические». При этом кардиомиопатия часто приводит к смертельному исходу или развитию инвалидности, обусловленной прогрессирующей сердечной недостаточностью [1].

В настоящее время некоронарогенная патология сердца остается одной из наиболее сложных проблем в педиатрии и кардиологии. С развитием высоко-