

SCIENTIFIC DEVELOPMENT IN A CHANGING WORLD

Proceedings of X International Scientific and Practical Conference

Lviv, Ukraine

28-30 September 2026

Lviv, Ukraine

2026

10.	<i>Марченко А. С., Бабаєвська К. О., Кравцов А. Є.</i>	48
	ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ МЕДИЧНОЮ ТРИВОЖНІСТЮ, ЧАСТОТОЮ САМОСТІЙНОГО ПОШУКУ СИМПТОМІВ ТА ЗВЕРНЕННЯМ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ	
11.	<i>Марченко А. С., Кулієва Ірада Вахаб Кизи, Лук'янченко А. В.</i>	51
	АКТУАЛЬНІСТЬ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЛІАТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	
12.	<i>Марченко А. С., Троян М. О., Яркова К. О.</i>	53
	ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК СКЛАДОВА ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ У ФОРМУВАННІ ПОВЕДІНКОВИХ ФАКТОРІВ ЗДОРОВ'Я	
13.	<i>Михайленко Д. В., Шамелашвілі К. Л.</i>	57
	СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ПЕРЕБУДОВА ШКІРИ В АСПЕКТІ ВІКОВИХ ЗМІН	
14.	<i>Петріщев В. В., Качан І. С.</i>	61
	АСОЦІАЦІЇ РЕСПІРАТОРНИХ ПОРУШЕНЬ ІЗ СИМПТОМНИМ ТЯГАРЕМ ТА ЯКІСТЮ СНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ	
15.	<i>Петріщев В. В., Качан І. С.</i>	65
	ФЕНОТИП-ЗАЛЕЖНА ДИНАМІКА СПЕКТРАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ	
16.	<i>Пивоваров А. А., Мельниченко В. О.</i>	68
	СЛІПА ЗОНА ЕРГОНОМІКИ: ПРИХОВАНІ ЗАГРОЗИ ЦИФРОВОГО СЕРЕДОВИЩА ДЛЯ ЗОРУ ТА ПОСТАВИ	
17.	<i>Русіна А. М., Логвіна А. А., Біличенко Н. П.</i>	74
	ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК НАСЛІДОК КОМПЛЕКСНОГО ВПЛИВУ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ФАКТОРІВ	
18.	<i>Рушай А. К.</i>	79
	КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ. СЕГМЕНТАРНИЙ ДЕФЕКТ ТКАНИН КОЛІННОГО СУГЛОБУ І СТЕГНОВОЇ КІСТКИ	
CHEMICAL SCIENCES		
19.	<i>Ткач В. В., Пептюк Т. В., Романюк Н. Ю., Кушнір М. В.</i>	84
	КОМБІНОВАНІ ХІМІКО-МАТЕМАТИКО-ГЕОГРАФІЧНІ ЗАВДАННЯ НА ТЕМУ «ФЕНОЛИ»	
TECHNICAL SCIENCES		
20.	<i>Dudnyk S. O.</i>	89
	INVERTER HEAT PUMPS: CLASSIFICATION, APPLICATIONS, ADVANTAGES AND DISADVANTAGES	

АСОЦІАЦІЇ РЕСПІРАТОРНИХ ПОРУШЕНЬ ІЗ СИМПТОМНИМ ТЯГАРЕМ ТА ЯКІСТЮ СНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Петріщев Віталій Вікторович

аспірант

Качан Ігор Сергійович

к.мед.н., доцент

Кафедра терапії та кардіології ННПО

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Вступ./Introduction.

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) має гетерогенний клінічний перебіг і нерідко поєднується з позастравохідними та респіраторними проявами. порушення бронхіальної прохідності, нічні респіраторні події та фрагментація сну потенційно можуть формувати додатковий клінічний тягар, однак характер їх взаємозв'язку із симптомами ГЕРХ і суб'єктивною якістю сну залишається недостатньо визначеним. Особливий інтерес становить комплексне зіставлення даних бодіплетизмографії та кардіореспіраторного моніторингу сну з валідованими шкалами GERD-HRQL і Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Такий підхід дає змогу оцінити, чи супроводжуються респіраторні відхилення більш вираженими симптомами рефлюксу та порушенням сну без перенесення статистичної асоціації на причинно-наслідковий рівень.

Ціль роботи./Aim.

Оцінити асоціації бодіплетизмографічних ознак підвищення загального аеродинамічного опору дихальних шляхів та порушень дихання під час сну із симптомним тягарем, якістю сну та окремими клініко-інструментальними показниками у пацієнтів із ГЕРХ.

Матеріали та методи./Materials and methods.

До проспективного відкритого порівняльного дослідження включено 87

пацієнтів із клінічно діагностованою ГЕРХ віком 18–63 роки; медіана віку становила 45,00 [38,50; 53,50] року. За клініко-ендоскопічним фенотипуванням 31 пацієнт мав ерозивний фенотип (у реєстрі всі випадки відповідали ступеню А за Los Angeles), 56 — ендоскопічно негативний фенотип. Аналіз у цій роботі проводили за показниками, отриманими до початку лікування.

Бодіплетизмографію та пов'язану спірометрію виконували на комплексі «Vinus Body» (Vyaire Medical GmbH, Німеччина). Ключовим для операційної класифікації респіраторних змін був висновок про підвищення загального аеродинамічного опору дихальних шляхів (R_{tot}). За первинним реєстром виділяли пацієнтів без змін R_{tot} та пацієнтів із його підвищенням легкого або помірного ступеня. Кардіореспіраторний моніторинг сну проводили на комплексі SOMNOmedics GmbH (Німеччина); будь-які зареєстровані відхилення, позначені в первинній базі як мінімальні дані, легкий або помірний ступінь, об'єднували в категорію «порушення дихання під час сну». Симптомний тягар оцінювали за GERD-HRQL, суб'єктивну якість сну — за PSQI, загальну якість життя — за SF-36. Додатково аналізували вихідне співвідношення LF/HF за даними добового моніторування ЕКГ.

Розподіл GERD-HRQL, PSQI, LF/HF та більшості доменів SF-36 відрізнявся від нормального за критерієм Шапіро–Уїлка, тому кількісні показники подавали як Me [Q1; Q3]. Незалежні групи порівнювали U-критерієм Манна–Уїтні. Для категоріальних змінних використовували χ^2 -критерій Пірсона або точний критерій Фішера за малих очікуваних частот. Для оцінки сили зв'язку між підвищенням R_{tot} і порушеннями дихання під час сну розраховували відношення шансів (OR) із 95 % довірчим інтервалом (ДІ). Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$. Аналіз мав експлораторний характер, багатофакторного коригування не проводили.

Результати та обговорення./Results and discussion.

Підвищення R_{tot} виявлено у 27 із 87 пацієнтів (31,0 %): у 20 випадках воно було охарактеризоване як легке, у 7 — як помірне. Порушення дихання під час сну зареєстровано у 16 із 87 пацієнтів (18,4 %): у 8 випадках у

первинному реєстрі зазначено мінімальні дані, в 1 — легкий і в 7 — помірний ступінь. Частота підвищення R_{tot} не відрізнялася статистично значущо між ерозивним та ендоскопічно негативним фенотипами (38,7 % проти 26,8 %; $p=0,2496$, χ^2 -критерій Пірсона). Аналогічно, частота порушень дихання під час сну становила 25,8 % та 14,3 % відповідно і не досягла статистичної значущості ($p = 0,2486$, точний критерій Фішера).

У пацієнтів із підвищеним R_{tot} симптомний тягар був істотно більшим: GERD-HRQL становив 8,00 [6,00; 9,00] бала проти 5,00 [4,00; 7,00] бала у пацієнтів без бодіплетизмографічних змін ($p = 0,0001$). Якість сну також була гіршою: PSQI — 7,00 [3,50; 11,00] проти 2,00 [0,00; 4,25] бала ($p < 0,0001$). Водночас фізичне функціонування за SF-36 не відрізнялося: PF — 80,00 [70,00; 81,00] проти 78,00 [71,50; 80,00] бала ($p = 0,9926$). Статистично значущих відмінностей не виявлено й за іншими доменами SF-36 (усі $p > 0,05$), що вказує на більш специфічний зв'язок підвищеного R_{tot} із симптомами ГЕРХ та суб'єктивним порушенням сну, ніж із загальними доменами якості життя. Вихідний LF/HF у групі з підвищеним R_{tot} був нижчим — 0,90 [0,70; 1,50] проти 1,40 [1,20; 3,10] ($p = 0,0043$). Пацієнти з підвищеним R_{tot} були дещо старшими: 48,00 [43,00; 57,50] проти 44,00 [37,00; 52,25] року ($p = 0,0190$); ІМТ статистично значущо не відрізнявся ($p = 0,1340$).

Ще виразніші відмінності встановлено за наявності порушень дихання під час сну. У цій групі GERD-HRQL дорівнював 7,50 [6,75; 9,00] бала проти 6,00 [4,00; 7,00] бала у пацієнтів без таких порушень ($p = 0,0005$), а PSQI — 11,00 [10,00; 11,25] проти 2,00 [0,00; 4,50] бала ($p < 0,0001$). LF/HF становив 0,80 [0,70; 1,03] проти 1,40 [1,15; 3,10] ($p < 0,0001$). Відмінності PF залишалися статистично незначущими — 75,00 [70,00; 80,00] проти 80,00 [71,00; 80,00] бала ($p = 0,2143$); за віком та ІМТ групи також не відрізнялися ($p = 0,3028$ та $p=0,1188$ відповідно).

Важливою знахідкою стало поєднання двох типів респіраторних відхилень. Порушення дихання під час сну були наявні у 13 із 27 пацієнтів із підвищеним R_{tot} (48,1 %) і лише у 3 із 60 пацієнтів без підвищення R_{tot} (5,0 %).

Відношення шансів становило $OR = 17,64$ (95 % ДІ 4,42–70,47; $p < 0,0001$, точний критерій Фішера). Отже, бодіплетизмографічні та нічні респіраторні відхилення у досліджуваній когорті демонстрували виражене статистичне поєднання. Водночас через одноцентровий дизайн, невелику кількість пацієнтів із порушеннями дихання під час сну та відсутність багатофакторного аналізу ці дані слід трактувати як невідкориговані асоціації, а не як доказ причинного зв'язку.

Висновки./Conclusions.

1. Підвищення загального аеродинамічного опору дихальних шляхів за даними бодіплетизмографії виявлено у 31,0 % пацієнтів із ГЕРХ, а порушення дихання під час сну — у 18,4 %.

2. Підвищення R_{tot} асоціювалося з вищим симптомним тягарем за GERD-HRQL та гіршою суб'єктивною якістю сну за PSQI, але не супроводжувалося статистично значущими відмінностями фізичного функціонування за SF-36.

3. Порушення дихання під час сну були пов'язані з вищими значеннями GERD-HRQL і особливо PSQI, а також із нижчим LF/HF; ці взаємозв'язки мають асоціативний характер.

4. У пацієнтів із підвищеним R_{tot} шанси виявлення порушень дихання під час сну були істотно вищими ($OR = 17,64$; 95 % ДІ 4,42–70,47), що обґрунтовує доцільність комплексної оцінки респіраторного статусу у хворих на ГЕРХ із вираженими симптомами та скаргами на сон.