SCI-CONF.COM.UA

CONTEMPORARY TRENDS IN MODERN SCIENCE



PROCEEDINGS OF II INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE OCTOBER 5-7, 2026

MUNICH 2026

TABLE OF CONTENTS

AGRICULTURAL SCIENCES

1. ***Доля М. М., Оприщенко І. І., Чемериська А. М.*** 9
СТАЛЕ ВИКОРИСТАННЯ, ФОРМУВАННЯ ФІТОСАНІТАРНОЇ БЕЗПЕКИ В УМОВАХ ЗМІН КЛІМАТУ В УКРАЇНІ
2. ***Кукса С. О.*** 14
ФІТОСАНІТАРНА ОЦІНКА І МОДЕЛІ ПРОГНОЗУ ФОРМУВАНЬ СТРУКТУР ШКІДЛИВИХ ОРГАНІЗМІВ ЗА КОРОТКОРОТАЦІЙНИХ СІВОЗМІН В УКРАЇНІ

BIOLOGICAL SCIENCES

3. ***Восканян В. С., Петросян Н. Р.*** 20
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТЕХНОГЕННЫМИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ И ЭКОЛОГИЧЕСКИМИ РИСКАМИ

MEDICAL SCIENCES

4. ***Bondareva A., Stetsenko S.*** 31
THE BIOCHEMICAL LINK BETWEEN MICROBIOME-DERIVED SHORT-CHAIN FATTY ACIDS (SCFAS) AND THE HOST IMMUNE RESPONSE
5. ***Narimanov Vidadi, Gurbanov Akif, Gasimova Maryam*** 39
DETECTION OF *MYCOPLASMA HOMINIS* IN UROGENITAL INFECTIONS: FREQUENCY AND IMPLICATIONS FOR LABORATORY DIAGNOSIS
6. ***Іванюк А. В., Гаврилюк Д. В., Хрімлі Б. Ю., Трегуб П. О.*** 41
МЕДИЧНА ІНФОРМАЦІЯ В СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖАХ: ДОВІРА, ДЖЕРЕЛА ТА ВПЛИВ НА ПОВЕДІНКУ ЩОДО ЗДОРОВ’Я
7. ***Лебедюк Ю. В., Гайдаш І. С.*** 47
РІВЕНЬ КАЛЬЦИФЕРОЛУ У ПАЦІЄНТОК ІЗ ДОБРОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ
8. ***Оршацька М. Р., Слєпченко М. Ю.*** 49
ЕФЕКТИВНІСТЬ НІРСЕВІМАБУ В ПРОФІЛАКТИЦІ РЕСПІРАТОРНОЇ-СИНЦІТІАЛЬНОЇ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ
9. ***Петріщев В. В., Качан І. С.*** 52
КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНИЙ ФЕНОТИП ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА БАГАТОВИМІРНИЙ ПРОФІЛЬ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНИЙ ФЕНОТИП ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА БАГАТОВИМІРНИЙ ПРОФІЛЬ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Петріщев Віталій Вікторович
аспірант
Качан Ігор Сергійович
к.мед.н., доцент
Кафедра терапії та кардіології ННІПО
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
м. Запоріжжя, Україна

Вступ./Introductions.

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) характеризується значною фенотипічною неоднорідністю. У клінічній практиці ендоскопічно видиме ураження слизової оболонки стравоходу не завжди прямо відповідає інтенсивності суб'єктивних симптомів, а якість життя формується під впливом не лише езофагеальних проявів, але й порушень сну, психоемоційного стану та позастравохідних симптомів. Тому порівняння клініко-ендоскопічних фенотипів за одночасним використанням специфічного опитувальника GERD-HRQL, індексу якості сну PSQI та восьми доменів SF-36 є важливим для комплексної характеристики клінічного тягаря хвороби.

Ціль роботи./Aim.

Порівняти симптомний тягар, якість сну та багатовимірний профіль якості життя у пацієнтів із двома клініко-ендоскопічними фенотипами ГЕРХ-ерозивним (LA-A) та ендоскопічно негативним.

Матеріали та методи./Materials and methods.

У проспективне відкрите порівняльне дослідження включено 87 пацієнтів із клінічно діагностованою ГЕРХ. Вік пацієнтів становив 18–63 роки, медіана-45,00 [38,50; 53,50] року. За результатами відеоезофагогастродуоденоскопії та клінічного обстеження сформовано дві групи: 31 пацієнт з ерозивним фенотипом, у всіх випадках — Los Angeles grade

A, та 56 пацієнтів з ендоскопічно негативним фенотипом, позначеним у первинному реєстрі як неерозивна рефлюксна хвороба. Амбулаторне pH- або pH-імпеданс-моніторування не виконували, тому групи в цій роботі розглядаються саме як клініко-ендоскопічні фенотипи.

Симптоми ГЕРХ оцінювали за GERD-HRQL, якість сну — за Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), загальну якість життя — за SF-36 із аналізом фізичного функціонування (PF), рольового фізичного функціонування (RP), інтенсивності болю (BP), загального стану здоров'я (GH), життєздатності (VT), соціального функціонування (SF), рольового емоційного функціонування (RE) та психічного здоров'я (MH). Додатково аналізували вік, ІМТ і вихідне LF/HF.

Більшість психометричних та індексних показників не відповідала нормальному розподілу за критерієм Шапіро–Уїлка, тому дані подано як Me [Q1; Q3]. Дві незалежні групи порівнювали U-критерієм Манна–Уїтні. Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$. Враховуючи відсутність багатофакторного коригування, усі міжфенотипові відмінності інтерпретували як асоціативні.

Результати та обговорення./Results and discussion.

Групи не відрізнялися за віком: 45,00 [41,00; 52,00] року при ерозивному фенотипі та 46,00 [37,00; 55,00] року при ендоскопічно негативному ($p=0,5465$). Водночас ІМТ був дещо вищим у пацієнтів з ерозивним фенотипом — 28,40 [27,35; 29,55] проти 27,60 [26,20; 28,80] кг/м² ($p = 0,0291$; для ендоскопічно негативної групи $n = 55$ через одне відсутнє значення), що слід враховувати як потенційний конфаундер.

Специфічний симптомний тягар був вищим при ерозивному фенотипі: GERD-HRQL становив 7,00 [6,00; 9,00] проти 5,00 [4,00; 7,00] бала ($p = 0,0025$). Якість сну також була гіршою: PSQI — 5,00 [2,00; 9,50] проти 2,00 [0,00; 6,00] бала ($p = 0,0050$). Ці результати свідчать, що в досліджуваній когорті ендоскопічно видиме ерозивне ураження LA-A статистично поєднувалося як із більшою вираженістю симптомів, так і з гіршою суб'єктивною якістю сну.

За SF-36 статистично значущі міжфенотипові відмінності виявлено в усіх

восьми доменах. Фізичне функціонування (PF) при ерозивному фенотипі становило 70,00 [68,50; 78,00] проти 80,00 [78,00; 82,00] бала ($p < 0,0001$). Рольове фізичне функціонування (RP) — 71,00 [66,00; 75,00] проти 76,00 [73,00; 80,00] ($p = 0,0005$), інтенсивність болю (BP) — 70,00 [66,50; 73,00] проти 76,50 [72,75; 80,00] ($p < 0,0001$), загальний стан здоров'я (GH) — 71,00 [65,00; 72,50] проти 76,00 [73,75; 79,25] ($p < 0,0001$).

Відмінності стосувалися й психосоціального компонента якості життя. Життєздатність (VT) становила 71,00 [67,00; 75,00] проти 77,00 [73,75; 80,00] бала ($p < 0,0001$); соціальне функціонування (SF) — 69,00 [67,50; 74,00] проти 76,00 [73,00; 79,00] ($p = 0,0003$); рольове емоційне функціонування (RE)-72,00 [67,00; 78,00] проти 76,00 [73,00; 79,00] ($p = 0,0075$); психічне здоров'я (MH)-70,00 [67,00; 73,50] проти 75,00 [72,75; 79,00] ($p = 0,0002$). Таким чином, міжфенотипові відмінності не обмежувалися одним фізичним доменом, а мали багатовимірний характер.

Окремо встановлено різницю вихідного спектрального показника ВСР: LF/HF становив 0,90 [0,70; 1,40] при ерозивному фенотипі та 1,40 [1,10; 3,10] при ендоскопічно негативному ($p = 0,0026$). Цей результат характеризує різний спектральний профіль ВСР, однак не повинен трактуватися як прямий доказ переважання певної ланки автономної нервової системи.

Сукупність результатів свідчить про те, що у вибірці пацієнтів з ГЕРХ клініко-ендоскопічний фенотип був пов'язаний з одночасними відмінностями специфічної симптоматики, якості сну, фізичних і психосоціальних доменів якості життя. Водночас вищий ІМТ при ерозивному фенотипі та відсутність багатофакторного моделювання не дозволяють визначати фенотип як незалежний причинний чинник цих відмінностей.

Висновки./Conclusions.

1. Ерозивний клініко-ендоскопічний фенотип LA-A у досліджуваній когорті асоціювався з вищим симптомним тягарем за GERD-HRQL та гіршою якістю сну за PSQI порівняно з ендоскопічно негативним фенотипом.

2. У пацієнтів з ерозивним фенотипом встановлено нижчі значення

всіх восьми доменів SF-36, що характеризує багатовимірне зниження як фізичної, так і психосоціальної складових якості життя.

3. Між фенотипами також відрізнявся вихідний LF/HF, однак цей показник слід інтерпретувати як характеристику спектрального профілю ВСР, а не як прямий маркер симпатичної або парасимпатичної активності.

4. Виявлені міжфенотипові відмінності мають асоціативний характер; для оцінки їх незалежності необхідні подальші дослідження з багатофакторним коригуванням, зокрема за ІМТ.