

ГИЯ». В опросе приняли участие студенты 1 курса учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет». Объем выборки составил 200 человек.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В ходе работы установлено, что у 30 % (60) студентов хорошая продолжительность сна, согласно Международной классификации продолжительности сна (7–10 ч), у 44,5 % (89) студентов продолжительность сна находится на удовлетворительном уровне (5–6 ч) и у 25,5 % (51) студентов выявлена малая продолжительность сна (менее 5 ч).

Так же стоит отметить и скорость засыпания, так у 46 % (92) студентов скорость засыпания высокая (менее 10 мин), 39 % (78) обучающихся имеют среднюю скорость засыпания (10–30 мин) и 15 % (30) студентов засыпают медленно (более 30 мин).

Выявлено, что 49,5 % (99) студента обладают глубоким сном, 36 % (72) имеют среднюю глубину сна и 14,5 % (29) студентов — беспокойный сон.

Кроме того, одной из важных характеристик, является самочувствие после утреннего пробуждения, и так 23 % (46) учащихся чувствуют себя хорошо, 42 % (84) чувствуют себя удовлетворительно и 35 % (70) студент чувствуют себя плохо.

К тому же, после опроса студентов о их успеваемости после первого семестра в университете выявлено, что отличную (средний балл 8,0 и выше) и хорошую (средний балл от 7 до 7,9) успеваемость имеют 84,5 % (108), а 15,5 % (31) опрошенных имеют удовлетворительную успеваемость (средний балл от 5 до 6,9).

#### **Выводы**

В ходе проведенного исследования, мы выяснили, что средний балл у студентов в школе был значительно выше, так у 97 % (194) опрошенных имели отличную успеваемость в школе (средний балл 8,0 и выше), чем за первый семестр обучения в университете, потому что только лишь 53 % (106) студентов имеют отличную успеваемость (средний балл 8,0 и выше), это можно объяснить тем, что только 30 % (60) студентов имеют хорошую продолжительность сна, так лишь 23 % (46) опрошенных после сна чувствуют себя хорошо. Глубина сна и скорость засыпания у большего количества студентов находится на достаточно высоком уровне, что может являться следствием того, что 25,5 % (51) имеют малую продолжительность сна, результатом явилось то, что 35 % (70) опрошенных чувствуют себя плохо. В дальнейшем это может служить развитием некоторых заболеваний: хроническое недосыпание, хроническая бессонница, депрессия, шизофрения и т. д.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Воронин, И. М. Сон как предмет для изучения / И. М. Воронин, Е. В. Бирюкова, С. А. Поночевная // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. — 2014. — № 1. — 4 с.
2. Ковальзон, В. М. Центральные механизмы регуляции цикла «бодрствование – сон» // Физиология человека. — 2011. — Т. 37, № 4. — С. 124–134.
3. Романов, А. И. Сон и его нарушения / А. И. Романов, В. К. Решетняк; под ред. С. П. Миронова. — М.: ООО Фирма «Слово», 2003. — 272 с.

УДК 616.33-002.2-018.1:355.211.1]:616.98(476.2-25)

### **МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА — УРОЖЕНЦЕВ Г. ГОМЕЛЯ — В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРСИСТЕНЦИИ *HELICOBACTER PYLORI***

**Никонова Ю. А., Касько М. И.**

**Научный руководитель: м.м.н., старший преподаватель А. М. Островский**

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

#### **Введение**

Актуальность комплексного изучения здоровья мужчин призывного возраста обусловлена снижением призывного ресурса страны, который обеспечивает

не только обороноспособность страны, но и экономическое благополучие государства, и здоровье его будущих поколений [1].

Хронический гастрит и персистенция *Helicobacter pylori* — важнейшая проблема современной гастроэнтерологии. Самая распространенная причина возникновения гастрита — неправильный режим питания: поспешная еда, не разжеванная пища или еда всухомятку; употребление слишком горячей или слишком холодной пищи; употребление в пищу пикантных блюд (преимущественно острой и очень соленой пищи). Чаще всего заболевания развиваются у людей, находящихся в состоянии нервно-психического напряжения, пренебрегающих здоровым питанием, злоупотребляющих алкоголем и курением. Рост заболеваемости в юношеском возрасте свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения этиологии и патогенеза данной патологии, разработки новых подходов к терапии [2].

### Цель

Провести сравнительный анализ морфофункциональных особенностей течения хронического гастрита у лиц призывного возраста — уроженцев г. Гомеля — в зависимости от персистенции *Helicobacter pylori*.

### Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 203 лиц призывного возраста г. Гомеля, проходивших лечение в гастроэнтерологическом отделении учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 3» в период с 2018 по 2019 год. В процессе исследования все пациенты были разделены на 2 группы. Первую (основную) составили 116 человек с Нр+. Вторую (контрольную) группу составили 87 человек с Нр-. Средний возраст призывников основной группы составил  $23 \pm 2,82$  года, контрольной —  $22 \pm 3,00$  года.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы «Microsoft Excel 2010», с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков и достоверностью полученных показателей при уровне значимости  $p \leq 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

В результате изучения и анализа данных историй болезни 203 пациентов было выявлено, что средняя продолжительность пребывания пациентов из основной группы составила  $3 \pm 0,35$  дня, а из контрольной —  $2 \pm 1,85$  дня. Средние значения индекса массы тела основной группы составили  $23,19 \pm 3,26$ , контрольной —  $22,87 \pm 4,23$ , что является нормой. Наличие вредных привычек (курение) отмечено у 43 ( $37,07 \pm 4,48$  %) лиц из основной группы и у 32 ( $36,78 \pm 5,17$  %) — из контрольной.

Морфофункциональные особенности течения хронического гастрита у пациентов из основной и контрольной групп отражены в таблице 1.

Таблица 1 — Морфофункциональные особенности течения хронического гастрита

Диагноз	Основная группа	Контрольная группа
Хроническая язва луковицы 12 перстной кишки. Ремиссия. Без рубцово-язвенной деформации луковицы 12 перстной кишки. Хронический гастрит без атрофии и метаплазии антральный. Гепатомегалия	26 ( $22,41 \pm 3,87$ %)	14 ( $16,09 \pm 3,94$ %)
Хронический гастрит малоактивный антральный без атрофии с метаплазией лимфоидных фолликулов	16 ( $13,79 \pm 3,20$ %)	7 ( $8,05 \pm 2,92$ %)
Хронический умеренно выраженный гастрит, без атрофии	44 ( $37,93 \pm 4,51$ %)*	51 ( $58,62 \pm 5,28$ %)
Хронический умеренно выраженный умеренно активный гастрит без атрофии, с гиперплазией лимфоидных фолликулов	15 ( $12,93 \pm 3,12$ %)	7 ( $8,05 \pm 2,92$ %)
Язвенная болезнь 12 перстной кишки хроническая, в стадии неполной ремиссии, эрозивный гастрит. Хронический эрозивный дуоденит. Дуоденально-гастральный рефлюкс. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12-перстной кишки	15 ( $12,93 \pm 3,12$ %)	8 ( $9,20 \pm 3,10$ %)

Примечание. \* — Статистически значимое отличие основной группы от контрольной ( $\chi^2 = 7,44$ ,  $p = 0,005$ )

Анализируя данные таблицы 1 было установлено, что, как у призывников основной группы, так и контрольной со статистически значимыми различиями преобладал диагноз «Хронический умеренно выраженный гастрит, без атрофии».

Распределение обследованных лиц по характеру предъявляемых ими жалоб представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Наличие жалоб со стороны пищеварительной системы

Характер предъявляемых жалоб	Основная группа	Контрольная группа
Боли в подложечной области	99 (85,34 ± 3,28 %)*	56 (64,37 ± 5,13 %)
Нарушение стула	116 (100 %)	87 (100 %)
Изжога	31 (26,72 ± 4,11 %)	23 (26,44 ± 4,73 %)
Отрыжка	32 (27,59 ± 4,15 %)	24 (27,59 ± 4,79 %)

Примечание. \* — Статистически значимое отличие основной группы от контрольной ( $\chi^2 = 10,98$ ,  $p = 0,001$ )

Наиболее часто пациентов беспокоили нарушение стула (вздутие живота, склонность к запорам), а также периодические тупые боли в подложечной области со статистически значимыми различиями в основной и контрольной группах.

При проведении эндоскопического исследования призывников были обнаружены следующие изменения (таблица 3).

Таблица 3 — Результаты эндоскопического исследования

Результаты эндоскопического исследования	Основная группа	Контрольная группа
Эритематозная гастропатия. Эрозивная проксимальная дуоденопатия. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12-перстной кишки. Дуодено-гастральный рефлюкс	15 (12,93 ± 3,12 %)	16 (18,39 ± 4,15 %)
Эритематозная гастропатия	75 (64,66 ± 4,44 %)	64 (73,56 ± 4,73 %)
Рефлюкс-эзофагит эрозивный. Эритематозная гастропатия. Язвенная деформация 12-перстной кишки	26 (22,41 ± 3,87 %)*	7 (8,05 ± 2,92 %)

Примечание. \* — Статистическая значимое отличие основной группы от контрольной ( $\chi^2 = 6,52$ ,  $p = 0,011$ )

Анализируя заключения эндоскопического исследования, было установлено, что и в основной, и в контрольной группах эндоскопически чаще определялись эрозивный рефлюкс-эзофагит, эритематозная гастропатия и язвенная деформация 12-перстной кишки.

### Выводы

Таким образом, результаты исследования показали статистически значимые различия в частоте возникновения и характере течения хронического гастрита у лиц призывного возраста — уроженцев г. Гомеля — в зависимости от персистенции *Helicobacter pylori*. Принимая во внимание полученные данные, у молодых мужчин, проходящих призывную медицинскую комиссию, следует тщательно оценивать диспепсические жалобы с обязательным проведением эндоскопического исследования, что позволит своевременно выявить поражения гастродуоденальной зоны, провести эрадикационную терапию и, тем самым, снизить риск развития рака желудка.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Близнюк, А. И. Заболеваемость болезнями органов пищеварения военнослужащих Республики Беларусь и пути ее снижения / А. И. Близнюк // Медицинская панорама. — 2006. — № 3. — С. 45–47.
2. Поплавец, Е. В. Клинико-лабораторные особенности гастродуоденальной патологии у юношей допризывного и призывного возраста / Е. В. Поплавец // Вестник Витебского государственного медицинского университета. — 2010. — Т. 9, № 3. — С. 66–78.