

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних
хвороб

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

за спеціальністю 222 Медицина

спеціалізація 14.01.02 Внутрішні хвороби

на тему: **Особливості розвитку та прогресування кислотозалежних**
захворювань у студентської молоді Чернівецької області

Виконала: студентка 6 курсу, 6 групи
медичного факультету, спеціальності «Медицина»

Дягель Наталія Сергіївна

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри внутрішньої
медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб,
к. мед. н., доцент Рева Т. В.

Рецензент: доцент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики
внутрішніх хвороб, к. мед. н., доцент Сенюк Б.П.

Рецензент: доцент закладу вищої освіти кафедри внутрішньої медицини,
к. мед. н., доцент Присяжнюк І.В.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ КИСЛОТОЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ: ГАСТРИТ, ВИРАЗКОВА ХВОРОБА, ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КИСЛОТОЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	9
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	30
2.1. Клінічна характеристика респондентів.....	30
2.2. Методи дослідження.....	35
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
3.1. Результати виявлених провокуючих факторів ризику розвитку КЗЗ.....	38
3.2. Результати виявлених клінічних проявів КЗЗ у респондентів.....	51
3.3. Результати діагностики КЗЗ у респондентів.....	59
3.4. Аналіз даних щодо фармакотерапії, яку застосовували респонденти для лікування КЗЗ.....	63
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ.....	66
ВИСНОВКИ.....	68
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	71
ДОДАТКИ.....	83

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ – аутоімунний гастрит

БДМУ – Буковинський державний медичний університет

ВХ – виразкова хвороба

ГЕРХ – гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба

ДПК – дванадцятипала кишка

ЕГДФС – езофагогастродуоденофіброскопія

ІПП – інгібітори протонної помпи

ІФА – імуноферментний аналіз

КЗЗ – кислотозалежні захворювання

НПЗП – нестероїдні протизапальні препарати

ПВШ – пептична виразка шлунка

ПВДПК – пептична виразка дванадцятипалої кишки

ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція

ПДС – постпрандіальний дистрес-синдром

ФД – функціональна диспепсія

ХАГ – хронічний атрофічний гастрит

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

ЧНУ – Чернівецький національний університет

НСІ – соляна кислота

НР – *Helicobacter pylori*

ВСТУП

Актуальність теми.

Кислотозалежні захворювання (КЗЗ), такі як гастрит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), залишаються одними з найактуальніших медико-соціальних проблем сучасної гастроентерології. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, поширеність цих патологій серед населення планети становить близько 25–30%, причому останнім десятиліттям спостерігається стійка тенденція до зростання захворюваності серед осіб молодого віку. В Україні ситуація є аналогічною: дослідження вказують, що до 40% пацієнтів гастроентерологічного профілю – це особи віком 18–35 років. Епідеміологічні особливості КЗЗ пов'язані не лише зі зростанням впливу класичних факторів ризику (наприклад, інфекції *Helicobacter pylori*), а також із сучасними змінами способу життя, зокрема серед студентської молоді.

Клінічні прояви кислотозалежних захворювань варіюються від суб'єктивного дискомфорту до важких ускладнень. На ранніх стадіях гастрит або ГЕРХ часто проявляються епізодичним болем у епігастрії, печією, відрижкою, відчуттям важкості після їжі. Проте при відсутності лікування патології прогресують: виразкова хвороба супроводжується гострим болем, який посилюється натщесерце або вночі, а тривалий рефлюкс призводить до ушкодження слизової стравоходу, дисфагії або навіть метаблазії (стан, що передує раку). Особливу небезпеку становлять ускладнення, такі як кровотечі з виразок, перфорації стінки шлунка або стенози стравоходу, які вимагають невідкладної хірургічної допомоги.

Діагностика КЗЗ базується на комплексному підході. "Золотим стандартом" залишається езофагогастроуденоскопія (ЕГДС), яка дозволяє візуалізувати ерозії, виразки, ознаки рефлюксу та інші структурні зміни. Для оцінки кислотності шлункового секрету використовують рН-метрію, що особливо актуально при підозрі на ГЕРХ. Інфекцію *Helicobacter pylori* виявляють за

допомогою уреазного тесту, імуноферментного аналізу (ІФА) або ПЛР-діагностики. Однак, попри доступність методів, студенти рідко звертаються за діагностикою на ранніх етапах, що обумовлює високу частоту запущених форм захворювань.

Студентська молодь становить особливу групу ризику через сукупність чинників, які створюють ідеальні умови для розвитку КЗЗ. По-перше, навчальний процес супроводжується хронічним стресовим навантаженням (екзамени, дедлайни, конкурентне середовище), що активізує симпато-адреналову систему, призводить до гіперсекреції соляної кислоти та порушення моторної функції шлунка. По-друге, харчова поведінка студентів характеризується нерегулярністю, перевагою вживання швидких вуглеводів, фастфуду та енергетичних напоїв, які подразнюють слизову оболонку. По-третє, дефіцит сну, спричинений нічними підготовками або надмірним використанням гаджетів, порушує регенерацію слизової, знижуючи її стійкість до агресивних факторів.

Важливим аспектом є також низька медична обізнаність: молоді люди часто ігнорують перші симптоми, сприймаючи їх як "тимчасові незручності". Наприклад, печія після кави або болі в животі під час сесії рідко стають приводом для звернення до лікаря. Це призводить до того, що захворювання діагностують на етапі ускладнень, коли консервативне лікування вже неефективне. Так, нелікований гастрит у 15–20% випадків прогресує до атрофії, а тривалий рефлюкс у 5–10% пацієнтів перетворюється на стравохід Барретта – передраковий стан.

Дослідження поширеності кислотозалежних захворювань серед студентської молоді Чернівецької області є актуальним, оскільки дозволяє виявити основні фактори ризику розвитку та прогресування КЗЗ, оцінити стан здоров'я даної групи населення, своєчасність діагностики та лікування, а також розробити ефективні профілактичні заходи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дана робота є фрагментом НДР кафедри внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб Буковинського державного медичного університету (БДМУ) на тему: «Особливості поєднаного перебігу захворювань внутрішніх органів: механізми взаємообтяження та шляхи фармакологічної корекції» (2024-2028 р.р.) (№ державної реєстрації: 0124U002435), що наразі виконується. Дягель Н.С. є співвиконавцем фрагмента НДР.

Мета дослідження. На основі анкетування студентської молоді виявити фактори ризику розвитку та прогресування кислотозалежних захворювань, особливості розвитку клінічної симптоматики, особливості діагностики та лікування, а також розробити ефективні профілактичні заходи.

Завдання дослідження:

1. Виявити фактори ризику розвитку та прогресування кислотозалежних захворювань у студентської молоді.
2. Оцінити особливості розвитку клінічної симптоматики кислотозалежних захворювань у студентської молоді.
3. Проаналізувати особливості діагностики та лікування кислотозалежних захворювань у студентської молоді.
4. Розробити ефективні профілактичні заходи щодо кислотозалежних захворювань у студентської молоді.

Об'єкт дослідження: студенти БДМУ та ЧНУ.

Предмет дослідження: частота розвитку, структура, клініко-патогенетичні, вікові, гендерні особливості перебігу КЗЗ у студентської молоді.

Методи дослідження: бібліо-семантичні, опитувальники, клінічні, біохімічні, інструментальні (ЕГДФС), статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів. Проведено дослідження поширеності кислотозалежних захворювань серед студентської молоді. Вивчено фактори, що впливають на розвиток та перебіг цих захворювань за допомогою

анкетування. Уточнено гендерні та вікові особливості, а також вивчено взаємозв'язок з різними чинниками, такими як спадковість, спосіб життя, звички у харчуванні та особливості навчального процесу. Проаналізовано особливості діагностики та лікування кислотозалежних захворювань серед студентської молоді, а також обізнаність студентів щодо своєчасності діагностики та правильності лікувальних заходів при КЗЗ. Розроблені ефективні профілактичні заходи щодо КЗЗ у студентської молоді.

Практичне значення одержаних результатів. На підставі отриманих результатів щодо вивчення особливостей розвитку та прогресування кислотозалежних захворювань у студентської молоді автором доведено негативний вплив шкідливих факторів (тютюнопаління, алкоголь), недотримання здорового способу життя, незбалансованого харчування, стресових ситуацій на стан шлунково-кишкового тракту. Виявлено, що ці чинники значною мірою сприяють розвитку гастроезофагеальної рефлюксної хвороби, гастриту, виразкової хвороби та інших КЗЗ. Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості розробки ефективних профілактичних заходів та рекомендацій, спрямованих на усунення провокуючих факторів, ранньої діагностики та правильної фармакотерапії КЗЗ серед молоді шляхом проведення санітарно-просвітницької роботи щодо здорового способу життя, інформаційно-освітніх кампаній та регулярного медичного моніторингу студентів.

Особистий внесок здобувача. Автором проведено анкетування та здійснено аналіз отриманих даних з науковими перспективами розвитку. Також проведено пошук і детальний аналіз наукової літератури за темою магістерської роботи. Здійснено статистичний аналіз результатів дослідження, написані всі розділи магістерської роботи. Висновки роботи сформульовані разом з науковим керівником. Здобувачем особисто підготовлені доповіді про результати дослідження, а також написано й подано до друку статті та тези в матеріалах конференцій та з'їздів.

Апробація результатів магістерської роботи. Результати магістерської роботи було представлено на наступних конференціях: XXII міжнародна наукова конференції студентів, молодих науковців та фахівців «Актуальні питання сучасної медицини» (Харків, 10-11 квітня 2025 р.)

Публікації. За темою магістерської роботи опубліковано 4 наукові праці, з них 1 стаття у фаховому науковому виданні України (Категорія Б), 2 статті у закордонних журналах та 1 тези у матеріалах науково-практичної конференції.

Структура та обсяг магістерської роботи. Магістерська кваліфікаційна робота викладена українською мовою на сторінках друкованого тексту і складається із вступу, огляду літератури, опису матеріалів і методів дослідження, розділу власних досліджень, аналізу і узагальнення отриманих результатів, висновків та списку використаних джерел. Показчик літератури містить 96 джерел (45 – кирилицею та 51 – латиницею).

РОЗДІЛ 1

ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ КИСЛОТОЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ: ГАСТРИТ, ВИРАЗКОВА ХВОРОБА, ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КИСЛОТОЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Кислотозалежні захворювання – група захворювань стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки, в патогенезі розвитку яких лежить кислотно-пептичний фактор. До цієї групи належать гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), пептична виразка шлунка (ПВШ) та дванадцятипалої кишки (ПВДПК), гастрити, асоційовані або не асоційовані з *Helicobacter pylori*, та синдром Золлінгера-Еллісона. Ці хвороби характеризуються порушенням кислотно-лужного балансу шлункового соку, що призводить до ураження слизової оболонки органів травлення. Окрім того, сюди відносять ерозивно-виразкові патології шлунка та дванадцятипалої кишки, пов'язані з прийомом нестероїдних протизапальних препаратів, а також функціональну шлункову диспепсію [1, 2].

Кислотозалежні захворювання (КЗЗ) шлунково-кишкового тракту (ШКТ), такі як гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), гастрити, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, набувають все більшого поширення серед студентської молоді через стреси, нерегулярне харчування, вживання кави, алкоголю та куріння. Особливо критичними є умови навчання, які супроводжуються недостатньою фізичною активністю та ігноруванням профілактичних заходів [2]. Згідно зі статистикою, кислотозалежні захворювання частіше зустрічаються у людей старшого віку, однак у студентської молоді вони все частіше стають об'єктом уваги через зростання частоти скарг. У молодому віці КЗЗ можуть мати специфічні причини та перебіг, що обумовлює їхню актуальність для вивчення серед цієї групи населення.

Причини розвитку кислотозалежних захворювань у студентів:

1. Неправильне харчування. Більшість студентів веде напружений спосіб життя, що часто супроводжується нерегулярним харчуванням, споживанням швидкої їжі, напівфабрикатів та продуктів з високим вмістом жирів, солі та консервантів. Відсутність збалансованого харчування сприяє підвищенню кислотності шлунка та порушенню захисних механізмів слизової оболонки [3].

2. Стрес та психоемоційне напруження. Під час навчання студенти часто стикаються з високими вимогами до навчальної діяльності, що призводить до стресу та нервового виснаження. Постійне психоемоційне навантаження є одним із важливих факторів розвитку ГЕРХ та інших КЗЗ.

3. Шкідливі звички. Куріння, вживання алкоголю та енергетичних напоїв серед молоді негативно впливає на роботу шлунково-кишкового тракту. Нікотин і алкоголь стимулюють вироблення соляної кислоти, що може спричинити подразнення слизової шлунка та дванадцятипалої кишки [4].

4. Низька фізична активність. Сидячий спосіб життя, пов'язаний із навчанням та використанням гаджетів, негативно позначається на роботі всіх систем організму, включно з травною системою. Знижена рухливість сприяє застою в органах черевної порожнини та уповільненню перетравлення їжі, що підвищує ризик розвитку кислотозалежних хвороб [5].

Особливостями перебігу кислотозалежних захворювань у студентської молоді є:

1. Латентний перебіг. КЗЗ у молодих людей часто мають прихований характер або виражаються у слабо виражених симптомах, що зумовлює пізнє звернення до лікаря. Молодь може ігнорувати перші прояви хвороби, такі як печія, дискомфорт у шлунку, нудота після прийому їжі, що ускладнює діагностику на ранніх стадіях [6, 7].

2. Швидке прогресування. Молодий організм здатен тривалий час компенсувати негативний вплив факторів ризику, але у випадку розвитку захворювання воно може прогресувати швидше, ніж у старших вікових групах, через відсутність лікування та корекції способу життя.

3. Взаємозв'язок з іншими захворюваннями. КЗЗ у молоді часто поєднуються з іншими порушеннями, такими як синдром подразненого кишечника, дисбактеріоз та порушення функції печінки. Це може ускладнювати лікування та погіршувати загальний стан здоров'я [8].

Диспепсія – це розлад, що характеризується диспепсичними явищами, які локалізуються в епігастрії і пов'язані з перетравленням їжі в початковому відділі травної системи [9]. Функціональні розлади ШКТ є однією з найбільш актуальних проблем сучасної гастроентерології. Як свідчить світова статистика, функціональна диспепсія (ФД) є четвертим за частотою діагнозом, який установлюють сімейні лікарі, терапевти за результатами первинного огляду пацієнтів. У країнах Західної Європи частота синдрому диспепсії серед дорослого населення коливається від 25-28% до 43-52% (Данія, Швеція, Норвегія, Велика Британія) [10, 11]. Результати популяційних досліджень вказують на те, що симптоми диспепсії частіше визначаються у жінок (55-60%), ніж у чоловіків (40-45%). При цьому тільки у 33-40% випадків диспептичні прояви пов'язані з хронічними захворюваннями ШКТ («органічна диспепсія»), а у 60-67% виставляється діагноз ФД. Незважаючи на таку поширеність у популяції, не повністю розкриті етіопатогенетичні механізми ФД, до цього часу існують труднощі у верифікації діагнозу, що лежить в основі недостатньої ефективності проведеної терапії [12].

При функціональній диспепсії, на відміну від органічної диспепсії, немає основного органічного захворювання, яке викликало б диспепсичні симптоми. Зміни функції імунітету та слизової оболонки, порушення моторики шлунка, інший склад мікробіоти шлунково-кишкового тракту та зміна процесів центральної нервової системи вважаються відповідальними за виникнення розладу. Діагноз ставлять на основі даних анамнезу, клінічної картини та виключення інших органічних захворювань шлунково-кишкового тракту, що проявляються диспепсичними явищами. Терапія включає ерадикацію *Helicobacter pylori*, якщо ФД асоційована з даною інфекцією, інгібітори протонної помпи, прокінетики, нейромодулятори, рослинні препарати. На жаль,

у деяких пацієнтів ця терапія призводить до незначного покращення або взагалі не приводить до нього. Останнім часом зростає поширеність функціональної диспепсії, вона стала одним із найпоширеніших гастроентерологічних діагнозів [11, 13].

Точна етіологічна причина виникнення ФД невідома. Одне із досліджень показало, що диспепсичні симптоми виникали після інфекції у деяких пацієнтів. Ці пацієнти були молодшими, мали нижчий індекс маси тіла, більшу частоту раннього насичення, втрату ваги, нудоту, блювання та порушення скоротливості шлунка порівняно з пацієнтами з неуточненою диспепсією. Інше когортне дослідження висвітлювало, що відносний ризик розвитку ФД був у п'ять разів вищий у пацієнтів після гострого сальмонельозного гастроентериту порівняно з пацієнтами, які не страждали на сальмонельозний гастроентерит [14]. Тривалий біль у животі та блювота були позитивними провісниками розвитку ФД. Пацієнти з інфекцією *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) можуть мати диспепсичні симптоми, навіть якщо вони не мають макроскопічних змін на гастродуоденальній слизовій оболонці. Їжа з високим вмістом жирів, вуглеводів, спецій, гострих приправ, молоко та молочні продукти, цитрусові та алкоголь визнані тригерами диспепсичних симптомів у частки пацієнтів із ФД. Вищу частоту поліморфізму C825T у гені β -поліпептиду 3 G-білка було продемонстровано у пацієнтів із ФД порівняно зі здоровими особами контролю. Було показано, що цей поліморфізм змінює внутрішньоклітинну трансдукцію сигналу [15].

Диспепсія характеризується комплексом симптомів, пов'язаних з травною системою, з локалізацією в епігастрії. Симптоми диспепсії включають: біль, нудоту, блювання, відрижку, печію, ранню насиченість, відчуття переповнення шлунка після їжі, тощо. Диспепсію можна поділити на органічну та функціональну. Органічна диспепсія зумовлена іншими захворюваннями. Найбільш поширеними причинами є: пептична виразка, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, рак стравоходу та шлунка, захворювання жовчовивідних

шляхів та підшлункової залози, непереносимість їжі та ліків, а також деякі системні та інфекційні захворювання [13, 14, 15].

Римські критерії IV були прийняті в 2016 році в результаті досліджень кишкового мікросередовища, взаємодії мозку та кишечника, фармакогеноміки, біопсихосоціальних, сексуальних і культурних впливів у розвитку функціональних розладів. Згідно з ними, функціональні розлади травної системи тепер називають розладами кишково-мозкової взаємодії, а весь напрямок перейменовано в нейрогастроентерологію. До Римських критеріїв IV, що визначають ФД, відносять такі:

1. Стійка або рецидивуюча диспепсія, яка триває більше трьох місяців впродовж останніх шести місяців;
2. Можливу органічну причину симптомів не можна продемонструвати при ендоскопії верхніх відділів шлунково-кишкового тракту;
3. Диспепсичні явища не купіруються при дефекації і не пов'язані з порушенням стільця.

Відповідно до Римських критеріїв IV хворих з функціональною диспепсією можна поділити на дві підгрупи [11, 15, 16]. Перша підгрупа – постпрандіальний дистрес-синдром (ПДС), у якому домінує постпрандіальна ситість і раннє насичення, а диспепсичні симптоми викликані прийомом їжі. Друга підгрупа – синдром болю в епігастральній ділянці, при якому домінуючим симптомом є біль або печіння в епігастральній ділянці, а симптоми виникають не тільки після їжі. Симптоми цих двох підгруп можуть збігатися. Патофізіологічні механізми, важливі для виникнення диспепсичних симптомів, включають порушення моторики, зміну імунної функції та функції слизової оболонки, зміну мікробіоти кишківника, вісцеральну гіперчутливість і зміну процесів центральної нервової системи [17].

Останній критерій був встановлений для виключення синдрому подразненого кишківника як можливої причини диспепсичних симптомів. Необхідно виключити інші органічні захворювання травної системи з диспепсичними явищами. Пацієнти найчастіше повідомляють про тривалість і

мінливість залежних від стресу симптомів без прогресування та болю різної локалізації без ненавмисної втрати ваги. Якщо лабораторні тести, які включають аналіз крові, іонограму, функцію печінки та нирок, швидкість осідання еритроцитів, С-реактивний білок та іноді показники щитоподібної залози, знаходяться в межах норми, можна виконати деякі інші тести. Вони включають тестування на інфекцію *H. pylori*, езофагогастроуденоскопію, ультразвукове дослідження черевної порожнини та іноді ендоскопічне дослідження товстої кишки, якщо є симптоми, пов'язані з нижньою частиною травної системи, і завжди, якщо вони викликають тривогу [18].

Ерадикаційна терапія *Helicobacter pylori* позитивно впливає на зменшення диспепсичних явищ у хворих на ФД. Ерадикація зменшує ймовірність розвитку ФД і раку шлунка, пов'язаного з інфекцією *H. pylori*, протягом багатьох наступних років, таким чином забезпечуючи економічну економію. Необхідно розробити програму скринінгу та ерадикації інфекції *H. pylori* серед населення, особливо в популяціях із високим рівнем захворюваності [19]. V Маастрихтська конференція відбулася у 2015 році у Флоренції та опублікувала рекомендації щодо лікування інфекції *H. pylori* на основі найкращих наявних доказів. У регіонах із резистентністю *H. pylori* до кларитроміцину нижче 15 % емпіричним лікуванням першої лінії є потрійна терапія [20, 21]. Вона включає подвійну дозу інгібітора протонної помпи, кларитроміцину та амоксициліну або метронідазолу впродовж чотирнадцяти днів. У регіонах, де резистентність *H. pylori* до кларитроміцину перевищує 15%, а резистентність до метронідазолу все ще низька, рекомендується як лікування першої лінії потрійна терапія, що включає інгібітор протонної помпи, амоксицилін і метронідазол впродовж чотирнадцяти днів [22, 23]. У регіонах, де резистентність *H. pylori* до кларитроміцину та метронідазолу перевищує 15%, лікуванням першої лінії є квадротерапія з вісмутом. Вона складається з інгібітора протонної помпи, кларитроміцину, амоксициліну і нітроїмідазолу з вісмутом впродовж чотирнадцяти днів [24].

Інгібітори протонної помпи використовуються для лікування диспепсичних симптомів у пацієнтів із ФД [22, 23, 25]. Дослідження показали ефективність пантопразолу в дозі 20 мг на день впродовж чотиритижневого періоду для полегшення болю в епігастрії у пацієнтів із ФД порівняно з плацебо. Дане лікування було ефективним у зменшенні диспепсичних симптомів [26].

Прокінетики – препарати, що стимулюють моторику шлунково-кишкового тракту. Вони діють як бета-блокатори дофамінових рецепторів, інгібітори ацетилхолінестерази, агоністи 5-HT₄-рецепторів. Вони широко використовуються у пацієнтів із ФД [27].

Антидепресанти, анксиолітики, антипсихотики та вісцеральні анальгетики тепер називають нейромодуляторами. Останні дослідження показали їхню цінність у лікуванні диспепсії, засновані на зростаючих знаннях у галузі нейрогастроентерології [28, 29]. Вони впливають на центральну нервову систему та модулюють периферичні нейромедіатори. Емпіричні дані підтверджують їх цінність у зменшенні тяжкості симптомів і покращенні якості життя пацієнтів із цими розладами. Периферичних нейромодуляторів достатньо у пацієнтів з помірно інтенсивними або періодичними симптомами або симптомами, пов'язаними з випорожненням [30]. Центральні нейромодулятори додають до існуючої терапії у пацієнтів з хронічними та серйозними симптомами, особливо якщо вони включають біль у животі, нудоту або блювання разом із позакишковими симптомами. Трициклічні антидепресанти слід призначати в низьких дозах через можливі побічні ефекти [31].

Поширеність ФД за останні роки зростає [32]. У деяких пацієнтів диспепсичні явища мають хронічний характер, у інших спостерігаються періоди ремісії та рецидиву симптомів. Існуюча терапія усуває або зменшує інтенсивність диспепсичних явищ у деяких із них. Однак більшість хворих на функціональну диспепсію є рефрактерними, і їх стан не покращується. Подальші дослідження потребують з'ясування етіологічної причини та

патофізіологічного механізму, що призводить до ФД, щоб знайти ефективну терапію для всіх пацієнтів [33, 34].

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) визначається як наявність проблемного рефлюксу або ерозивних ускладнень у стравоході внаслідок ретроградного рефлюксу шлункового вмісту [35]. Відповідно до класифікації ВООЗ гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – це хронічне запальне ураження дистального відділу стравоходу, спричинене тривалим спонтанним закидом в стравохід шлункового або дуоденального вмісту, внаслідок порушення моторно-евакуаторної функції гастроезофагеальної зони, з розвитком характерної клінічної симптоматики та низки тяжких ускладнень, а саме ушкодження дистального відділу стравоходу з розвитком у ньому ерозивно-виразкових, катаральних і/або функціональних порушень [36, 37].

Гастроезофагеальний рефлюкс – це в першу чергу порушення нижнього стравохідного сфінктера, але є кілька факторів, які можуть сприяти його розвитку. Фактори, що впливають на ГЕРХ, є як фізіологічними, так і патологічними [37]. Найбільш поширеною причиною є транзиторне розслаблення нижнього стравохідного сфінктера (ТРНСС). ТРНСС – це короткі моменти пригнічення тонуусу нижнього стравохідного сфінктера, які не залежать від ковтання. Хоча вони мають фізіологічний характер, у постпрандіальній фазі спостерігається збільшення частоти, і вони значною мірою сприяють кислотному рефлюксу у пацієнтів із ГЕРХ. Інші фактори включають знижений тиск нижнього сфінктера стравоходу (НСС), грижі стравохідного отвору діафрагми, порушення кліренсу стравоходу та затримку випорожнення шлунка [38].

Наявність симптомів рефлюкс-езофагіту можна виявити при ретельному обстеженні, а саме анкетуванні та на основі даних фізикального, інструментального та лабораторного методів обстеження у 20-40% дорослого населення західноєвропейських країн [39]. Варто пам'ятати, що справжній рівень захворюваності на ГЕРХ дослідити складно. Поліморфізм клінічної картини значно ускладнює верифікацію наведеної вище нозології. Патологічні

стани можуть на перший погляд нагадувати позастравохідні прояви ГЕРХ. На сьогоднішній день існує певна складність у вивченні поширеності ГЕРХ, що пов'язано зі значною мінливістю клінічних проявів – від епізодичної печії до яскравих ознак ускладненого рефлюкс-езофагіту [40].

На розвиток рефлюкс-езофагіту впливають наступні фактори:

1. Зниження функції антирефлюксного бар'єру - первинне зниження тиску в нижньому стравохідному сфінктері, збільшення кількості епізодів його розслаблення, повна або часткова його деструктуризація (внаслідок кили стравохідного отвору діафрагми, короткого стравоходу). [35, 37, 39]
2. Зниження кліренсу стравоходу:
 - а) хімічного – внаслідок зменшення нейтралізуючої дії бікарбонатів слини та стравохідного слизу;
 - б) об'ємного – за пригнічення перистальтики та зниження тонуусу стінки грудного відділу стравоходу. [41]
3. Пошкоджуюча дія рефлюксату (соляної кислоти, пепсину, жовчних кислот).
4. Неспроможність слизової оболонки стравоходу протидіяти пошкоджувальному агенту.
5. Пілороспазм або виразковий стеноз воротаря.
6. Хвороби оперованого шлунка.
7. Підвищення внутрішньочеревного тиску (вагітність, надмірна маса тіла).
8. Пряма ушкоджуюча дія на слизову оболонку стравоходу лікарських препаратів, таких як ацетилсаліцилова кислота, нестероїдні протизапальні, солі калію, кортикостероїди, препарати заліза.
9. Зниження тиску в нижньому стравохідному сфінктері, внаслідок побічної дії препаратів (теофілін, нітрати, блокатори кальцієвих каналів, бензодіазепіни, антихолінергічні препарати) [39, 41].

Симптоми рефлюкс-езофагіту можна виявити майже у половини дорослого населення. Вони поділяються на обов'язкові та необов'язкові. До обов'язкових відносять печію, біль за грудниною, підвищене слиновиділення, нудоту, відрижку, блювання, здуття живота, а також відчуття швидкого насичення після

їжі [42]. Печія – це найбільш розповсюджений та частий симптом, приблизно у 20% населення у країнах Західної Європи, під час анкетування, відмічається даний симптом. Характерною ознакою для печії є відчуття печіння та дискомфорту за грудиною, що може підійматися в ділянку шії та глотки. Пацієнти відмічають посилення печії у горизонтальному положенні. Біль за грудиною, у ділянці серця, обумовлений закидом шлункового вмісту у стравохід та пошкодженням його слизової оболонки. До позастравохідних (необов'язкових) симптомів ГЕРХ слід віднести: кашель, задуху, хронічний риносинусит, осиплість голосу, біль при ковтанні, відчуття грудки в горлі, раннє пробудження, поверхневий сон, тощо [43].

Важливо проводити скринінг пацієнтів на тривожні симптоми, пов'язані з ГЕРХ, оскільки вони повинні спонукати до ендоскопічної оцінки. Тривожні симптоми можуть свідчити про можливу злоякісну пухлину. Верхня ендоскопія не потрібна за наявності типових симптомів ГЕРХ. Однак ендоскопія рекомендована за наявності тривожних симптомів і для скринінгу пацієнтів із високим ризиком розвитку ускладнень (наприклад, стравоходу Барретта, включно з хронічними та/або частими симптомами, віком > 50 років, представниками європеїдної раси та центральним ожирінням). Симптоми тривоги включають дисфагію (утруднене ковтання) і одиофагію (болісне ковтання), які можуть свідчити про наявність таких ускладнень, як стриктури, виразки та/або злоякісні пухлини. Інші тривожні ознаки та симптоми включають, але не обмежуються ними, анемію, кровотечу та втрату ваги [44].

У значної кількості хворих розвитку рефлюкс-езофагіту сприяє закид у нижню третину стравоходу лужного дуоденального вмісту, при цьому дія лугів та жовчних кислот на слизову оболонку стравоходу може бути навіть більш вираженою, ніж дія кислот. За наявності дуоденогастрального рефлюксу на слизову оболонку шлунка та стравоходу негативний вплив здійснюють жовчні кислоти, які ушкоджують фосфоліпіди клітинних мембран, лізолецитин [45].

Серед дорослого населення Європи і США печія – кардинальний симптом ГЕРХ – зустрічається у 20–40%. Причому печію щодня відчувають 10%

населення, щотижня – 30%, щомісячно – 50%, проте тільки незначна частка пацієнтів лікуються з приводу ГЕРХ. Серед пацієнтів, які мають симптоми ГЕРХ, 40-60% і більше мають рефлюкс-езофагіт. У 10% цих пацієнтів після обстеження діагностують ерозивний езофагіт. Хоча класично вважається хворобою надлишку кислотності, до 50% пацієнтів із ГЕРХ відчувають незначне полегшення або взагалі не відчувають його при фармакологічному пригніченні кислотності [45, 46].

Патофізіологія та етіологія, що лежать в основі ГЕРХ, доводять що розвиток рефлюксної хвороби виходить за межі кислотності рефлюксату. Різницю в проявах симптомів і відповіді на лікування можна пояснити складом рефлюксату, а також факторами на рівні стравоходу, такими як структурні, механічні, біохімічні та фізіологічні аспекти. При ГЕРХ основним компонентом, що викликає пошкодження слизової оболонки стравоходу, є рефлюксат. Рефлюксат здатний подолати вбудований захист епітелію стравоходу завдяки своїй потужності, складу та часу впливу на слизову оболонку стравоходу. Рефлюксат складається з різних рівнів кислоти, жовчі, пепсину, вмісту їжі та нормальної кишкової мікробіоти. Механізм, за допомогою якого кожен компонент впливає на слизову оболонку стравоходу, є різним. Отже, етіологія ГЕРХ може бути специфічною для переважаючого компонента рефлюксу та його механізму дії [38, 40, 41, 47].

ГЕРХ зазвичай діагностується клінічно з класичними симптомами та реакцією на пригнічення кислотності. Печія з або без регургітації зазвичай є достатньою для підозри на ГЕРХ, особливо коли ці симптоми посилюються після прийому їжі або в положенні лежачи. Початок лікування блокаторами рецепторів гістаміну 2 (H₂) типу або інгібіторами протонної помпи (ППП) з подальшим припиненням симптомів вважається діагностичним. У пацієнтів, які відповідають на емпіричне лікування, за відсутності ознак тривоги або симптомів подальше обстеження не потрібне.

Найбільш використовуваним діагностичним тестом для оцінки ГЕРХ та її можливих ускладнень є ендоскопія верхніх відділів шлунково-кишкового

тракту або езофагогастроуденофіброскопія (ЕГДФС). Однією із відомих класифікацій за ендоскопічними критеріями тяжкості ГЕРХ є Лос-Анджелеська класифікація. Основною перевагою ендоскопії є пряма візуалізація слизової оболонки стравоходу. Це допомагає в діагностиці ускладнень ГЕРХ, таких як езофагіт, стриктури та стравохід Барретта [48].

Амбулаторний рН-моніторинг вважається золотим стандартом у діагностиці кислотного рефлюксу. Амбулаторний рН-моніторинг дозволяє об'єктивно виявляти випадки кислотного рефлюксу та корелювати їх із симптомами. Це особливо корисно для симптоматичних пацієнтів із нормальними ендоскопічними результатами. Амбулаторний рН-тест можна завершити з хорошою відтворюваністю (84–93%), чутливістю (96%) і специфічністю (96%) [38].

Єдиною перевіреною модифікацією способу життя для лікування ГЕРХ є підняття узголів'я ліжка. Було показано, що підйом узголів'я ліжка зменшує вплив кислоти на стравохід і час очищення стравоходу з подальшим зменшенням симптомів у пацієнтів із ГЕРХ у положенні лежачи. Крім того, рекомендується звести до мінімуму або уникати факторів, що сприяють виникненню транзитного розслаблення нижнього стравохідного сфінктера. До них відносяться паління, надмірне вживання алкоголю, об'ємні вечері, нічні перекуси та велике споживання жиру в їжі. Пацієнтам з ГЕРХ із надмірною вагою наполегливо рекомендується втрата ваги. Хоча ожиріння є фактором ризику ГЕРХ, більшість бariatричних операцій посилюють рефлюкс. Крім того, усім пацієнтам з ГЕРХ слід уникати нестероїдних протизапальних препаратів через їх роль у порушенні фізіологічних механізмів захисту слизової оболонки.

Медикаментозна терапія ГЕРХ спрямована на зменшення симптомів і мінімізацію пошкодження слизової оболонки кислотним рефлюксом. Хоча пригнічення кислотності є успішним у лікуванні ГЕРХ, очевидно, немає чіткого зв'язку між тяжкістю ГЕРХ і високим рівнем кислотності шлункового соку, за винятком синдрому Золлінгера-Еллісона [47, 48].

Багато пацієнтів із печією пробують безрецептурні антациди, перш ніж звернутися за медичною допомогою. Основні препарати, що пригнічують кислоту, включають H₂-блокатори та інгібітори протонної помпи. H₂-блокатори знижують секрецію шлункової кислоти шляхом пригнічення гістаміну стимуляції парієтальних клітин. Інгібітори протонної помпи зменшують кількість кислоти, що виділяється з парієтальних клітин у просвіт шлунка. [49].

Інгібітори протонної помпи є найпотужнішим класом антацидних препаратів. Їх дозують один або два рази на день і є найбільш ефективними, якщо приймати за 30-60 хвилин до їжі. Після припинення прийому ІПП у багатьох пацієнтів спостерігаються рецидиви симптомів, тому часто потрібна довічна терапія [45, 46, 49].

Використання антирефлюксної хірургії (фундоплікації) викликає суперечки. Дослідження показують лише мінімальні довгострокові симптоматичні поліпшення при хірургічному втручанні порівняно з терапією ІПП у поєднанні з підвищеною частотою дисфагії та диспепсії [50].

Виразкова хвороба (ВХ) – це хронічне рецидивуюче захворювання, яке супроводжується появою одного або кількох локальних дефектів слизової оболонки шлунка або ДПК, що формуються під впливом соляної кислоти, пепсину та жовчі. Іноді виразковий дефект охоплює не тільки слизову оболонку, але і підслизовий шар органа. [51]. Захворювання відзначають у 7–10% дорослого населення. Співвідношення дуоденальної до шлункової локалізації виразки становить 4:1. В Україні зареєстровано 5 млн хворих на пептичну виразку. Біль в епігастральній ділянці зазвичай виникає через 15-30 хвилин після прийому їжі у пацієнтів з виразкою шлунка; з іншого боку, біль при виразці дванадцятипалої кишки, як правило, виникає через 2-3 години після їжі [52]. Сьогодні дослідження на *Helicobacter pylori* рекомендовано всім хворим на виразкову хворобу. Деяким пацієнтам для підтвердження діагнозу може знадобитися ендоскопія, особливо у пацієнтів із зловісними симптомами. Сьогодні більшість пацієнтів можна лікувати за допомогою терапії потрійними препаратами на основі інгібіторів протонної помпи (ІПП).

Пептична виразка характеризується безперервністю розчину слизової оболонки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, що піддається впливу хлоридного пептичного секрету [51, 52, 53]. Часто зустрічається в дванадцятипалій кишці (5-10% населення), шлунку або стравоході. Це хронічне захворювання з періодами активації та ремісії, патогенез якого характеризується порушенням балансу між факторами, що пошкоджують слизову (хлоридна кислота, пепсин, ульцерогенні препарати), і тими, що її захищають (слизовий бар'єр, простагландини, секрет слизової). Клінічні прояви характеризуються дискомфортом в епігастрії, печінням або сильним і безперервним болем, який посилюється вночі. Біль зазвичай виникає через одну-три години після прийому їжі і може супроводжуватися нудотою, блюванням, дискомфортом у шлунково-кишковому тракті, метеоризмом і значною втратою маси тіла [54].

Важливими чинниками етіопатогенезу є тютюн, алкоголь і *H. pylori*, яка здатна переміщатися у високов'язкому середовищі, прилипаючи до епітелію слизової оболонки, де вона залишається захищеною. Діагностика цієї інфекції може бути досягнута за допомогою різних тестів, кожен з яких має чутливість і специфічність понад 80%. Золотим стандартом дослідження є верхня ендоскопія, яка дозволяє лікарю збирати матеріал для перевірки на наявність *H.pylori* окрім інших терапевтичних процедур [55].

Виразкова хвороба має різні причини; однак найчастіше, пов'язана з наявністю інфекції *Helicobacter pylori* та із застосуванням НПЗП. Рідкісні причини виразкової хвороби: синдром Золлінгера-Еллісона, злоякісні пухлини (рак шлунка/легенів, лімфоми), стрес, вірусна інфекція, радіотерапія, хвороба Крона, хіміотерапія.

Основним етіологічним фактором є інфікування бактерією *Helicobacter pylori*, яка спричиняє до 90% випадків виразок ДПК і до 70% випадків виразок шлунка. Інші важливі чинники включають:

1. Фактори агресії:
 - Гіперацидність через надмірну секрецію соляної кислоти.
 - Порушення продукції пепсину.

- Тривалий прийом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), які пригнічують синтез простагландинів, що захищають слизову оболонку.
- Куріння, яке посилює продукцію кислоти та зменшує кровообіг слизової.
- Вживання алкоголю, який пошкоджує бар'єр слизової

2. Фактори захисту:

- Зниження секреції слизу та бікарбонатів.
- Порушення мікроциркуляції в слизовій оболонці.
- Генетична схильність, що впливає на активність ферментів, що нейтралізують кислоту.

3. Інші фактори:

- Психоемоційний стрес, який може стимулювати вагусну секрецію кислоти.
- Ендокринні порушення, наприклад синдром Золлінгера-Еллісона [56].

Основою патогенезу є дисбаланс між факторами агресії і факторами захисту. *Helicobacter pylori* виробляє уреазу, яка розщеплює сечовину до аміаку, нейтралізуючи кислоту навколо бактерії. Це дозволяє їй проникати в слизовий бар'єр і стимулювати продукцію запальних цитокінів. Крім того, бактеріальні токсини, такі як CagA і VacA, сприяють пошкодженню клітин слизової. При тривалому застосуванні НПЗП знижується рівень простагландинів, що порушує синтез слизу, послаблює кровообіг і знижує регенеративні властивості слизової оболонки [54, 55, 56].

H. pylori є грамнегативною паличкою, яка знаходиться в епітеліальних клітинах шлунка. Інфекція *H. pylori* більш поширена серед осіб із нижчим соціально-економічним статусом і зазвичай нею заражаються в дитинстві. Організм має широкий спектр факторів вірулентності, що дозволяє йому прилипати до слизової оболонки шлунка та викликати її запалення. Це призводить до гіпохлоргідрії або ахлоргідрії, в у подальшому – до виразки шлунка [57]. Фактори вірулентності *Helicobacter pylori*:

- уреаза: секреція уреазу розщеплює сечовину на аміак і захищає організм, нейтралізуючи кисле середовище шлунка.

- токсини: CagA/VacA пов'язаний із запаленням слизової оболонки шлунка та пошкодженням тканин господаря.
- джгутики: забезпечують рухливість і дозволяють рухатися до шлункового епітелію [55, 56, 57, 58].

При виразковій хворобі спостерігаються наступні гістологічні особливості: некроз епітелію слизової оболонки у ділянці виразки, інфільтрація нейтрофілами та лімфоцитами навколишніх тканин. Судинна конгестія в базальних шарах, яка обмежує надходження кисню та поживних речовин. У разі хронізації процесу формуються фіброзні зміни в підслизовому шарі [59].

Клінічна картина обумовлена наявністю болю у шлунку, який з'являється після їжі (через 30–60 хвилин) [60, 61]. При виразці ДПК: болі натще або вночі, зменшується після їжі. Диспепсичні симптоми: нудота, блювання, печія, відрижка кислим. Можливі ускладнення: кровотечі (мелена, блювання типу «кавової гущі»), перфорація (гострий «кинджальний» біль, напруження м'язів живота), стеноз пілоричного відділу шлунка (блювання «застійною» їжею) [62].

Діагностика ВХ базується на клінічному аналізі:

- скарги пацієнта та анамнез захворювання (вживання НПЗП, стреси).
- лабораторні дослідження включають: тест на *H. pylori* (уреазний, серологічний, дихальний тест), загальний аналіз крові: анемія при хронічній крововтраті.
- інструментальні дослідження: езофагогастродуоденоскопія – дозволяє візуалізувати виразку, оцінити її розміри, глибину, наявність кровотечі.
- рентгеноскопія з контрастом (допоміжний метод) [62, 63].

Терапія виразкової хвороби базується на усуненні причинних факторів, пригніченні кислотної агресії та відновленні слизової оболонки.

Ерадикація *Helicobacter pylori* – терапія першої лінії: інгібітор протонної помпи (омепразол 20 мг двічі на добу) + кларитроміцин (500 мг двічі на добу) + амоксицилін (1 г двічі на добу). У разі неефективності – терапія другої лінії з додаванням метронідазолу або тетрацикліну [64].

Антисекреторна терапія: інгібітори протонної помпи (омепразол, езомепразол, рабепразол), блокатори H₂-рецепторів гістаміну (ранітидин, фамотидин), препарати, що захищають слизову оболонку: сукральфат – утворює захисний бар'єр на поверхні виразки. Простагландінові аналоги (мізопростол). Симптоматична терапія: антациди (алюмінію гідроксид, магнію трисилікат) для нейтралізації кислоти, прокінетики (домперидон, метоклопрамід) для зменшення диспепсії [65].

Хірургічне лікування показане при ускладненнях (перфорація, кровотеча, стеноз), резистентності до консервативної терапії [66].

Гастрит – це запальне або дистрофічно-запальне ураження слизової оболонки шлунка, що виникає під впливом екзогенних і ендогенних факторів. Захворювання може протікати у гострій чи хронічній формах, супроводжуватися структурними та функціональними змінами слизової оболонки, порушенням секреції та моторики шлунка [67, 68].

Інфекційний гастрит. Основною причиною є інфікування бактерією *Helicobacter pylori*. Бактерія колонізує слизову оболонку, продукуючи ферменти (уреаза, протеаза), що пошкоджують епітелій. Це провокує локальне запалення, стимулює вироблення соляної кислоти й знижує резистентність слизової [69].

Аутоімунний гастрит. Пов'язаний із продукуванням антитіл до парієтальних клітин шлунка та внутрішнього фактора Кастла. Це призводить до атрофії слизової, зменшення секреції соляної кислоти та вітаміну B₁₂, що зумовлює розвиток анемії [70].

Реактивний гастрит (рефлюкс-гастрит). Розвивається внаслідок закиду жовчі з дванадцятипалої кишки в шлунок. Жовчні кислоти пошкоджують слизову оболонку, викликаючи запалення [71].

Лікарський гастрит. Часто спричинений тривалим прийомом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), що інгібують синтез простагландинів, які захищають слизову оболонку [69, 72].

Алкогольний гастрит. Етиловий спирт безпосередньо пошкоджує слизову, посилює секрецію кислоти та уповільнює процеси репарації.

Гострий гастрит має особливу клінічна картину: раптовий початок із нудотою, блюванням, болем в епігастрії, відчуттям печії. Часто пов'язаний із вживанням алкоголю, токсичних речовин, НПЗП чи інфекцій [73]. Види гострого гастриту:

1. Катаральний гастрит – найбільш легка форма. Виникає через харчове отруєння або токсичну дію речовин.
2. Ерозивний гастрит – ураження слизової з утворенням поверхневих ерозій, що можуть кровоточити.
3. Флегмонозний гастрит – рідкісна форма, що характеризується гнійним запаленням. Часто асоціюється із сепсисом.
4. Некротичний гастрит – наслідок дії концентрованих кислот чи лугів [74, 75].

Хворі на хронічний гастрит скаржаться на нудоту, відрижку, тяжкість у шлунку. Присутній біль в епігастрії, пов'язаний із прийомом їжі, симптоми диспепсії (печія, метеоризм) [76]. Види хронічного гастриту:

1. Інфекційний гастрит (H. pylori-асоційований): найпоширеніша форма. Призводить до запалення антрального відділу з можливим розвитком виразкової хвороби. Може прогресувати до атрофічного гастриту.
2. Аутоімунний гастрит: вражає фундальний відділ шлунка. Асоціюється з перніціозною анемією.
3. Рефлюкс-гастрит: характеризується закидом жовчі в шлунок. Призводить до ерозій і атрофічних змін слизової.
4. Гіпертрофічний гастрит (хвороба Менетріє): супроводжується гіперплазією слизової з формуванням складок. Може викликати білкову недостатність.
5. Ерозивний гастрит: призводить до утворення ерозій слизової, часто з кровотечами. Може бути ускладненням застосування НПЗП [73, 74].

Запальну патологію шлунка можна класифікувати за різними критеріями. Одними з найбільш вживаних є часові класифікатори, які розділили гастрит на гостру (самообмежувальну) і хронічну (несамообмежувальну) форми [77, 78].

Реактивний гастрит поділяє деякі етіологічні агенти (наприклад, ліки) гострих форм [79, 80]. Рефлюкс жовчі в шлунок внаслідок часткової гастректомії або порушення моторики та нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) є найчастішою травмою, яка може призвести до широкого спектру гістологічних уражень слизової оболонки, пов'язаних із незначним запаленням слизової оболонки шлунка (гастропатії). Хімічні нокси збільшують оборот шлункового епітелію, що призводить до фовеолярної гіперплазії [81]. Прозапальні цитокіни викликають васкулярну ектазію, набряк і гіперплазію слизової оболонки м'язів. Ці утворення часто є безсимптомними, але можуть призвести до численних ерозій або виразок, навіть з кровотечею [82, 83]. Атрофічні зміни зустрічаються рідко. Останнім часом все більш широке використання інгібіторів імунних контрольних точок для лікування множинних метастатичних злоякісних новоутворень виявило широкий спектр імунозалежних побічних явищ, що впливають на шлунково-кишковий тракт. У той час як коліт був широко описаний, про гастрит повідомлялося лише спорадично [84].

Хронічний гастрит, який визначається як наявність змішаного хронічного запального інфільтрату (здебільшого лімфоцитів і плазматичних клітин) у власній пластинці шлунка та іноді в епітелії шлунка, є типовою знахідкою при ендоскопічних біопсіях слизової оболонки [90]. Більшість випадків викликані інфекцією *Helicobacter pylori* (і, рідше, спорідненим видом *Helicobacter heilmannii*), особливо коли хронічне запалення присутнє у вигляді щільної смуги на поверхневій власній пластинці, що супроводжується нейтрофільною інфільтрацією епітелію шлунка. Таким чином, слід докласти зусиль, включаючи серійні зрізи та спеціальні або імуногістохімічні фарбування, щоб ідентифікувати збудника. Однак важливо зазначити, що не завжди можливо ідентифікувати мікроорганізм з різних причин: нещодавня непов'язана антибіотикотерапія, використання інгібіторів протонної помпи, неадекватне взяття зразків або неоптимальні методи підготовки/фарбування [86, 87, 88].

Якщо мікроорганізми *H. pylori* не виявлені після достатньо повного пошуку, слід дослідити альтернативні причини хронічного гастриту. Сучасні рекомендації свідчать про те, що під час ендоскопічного обстеження патології шлунка слід отримати п'ять біопсій: по дві з антрального відділу та корпусу/дна (одна з великої та малої кривизни відповідно) і одну з малої кривизни кутового різця. Тип хронічного запалення (з переважанням антрального відділу, переважання корпусу або пангастрит), а також наявність, ступінь і тяжкість додаткових ознак, таких як атрофія, метаплазія та гіперплазія, є вирішальними для визначення правильного диференційного діагнозу, оскільки обговорюється нижче. Рекомендується прицільна біопсія з кутового різця, оскільки атрофія, кишкова метаплазія та дисплазія, як правило, виникають у цьому місці спочатку [85, 89].

Атрофія шлунка визначається як втрата відповідних (тобто нормальних для анатомічного розташування) залозистих епітеліальних клітин шлунка. Її легше й точніше оцінити, коли запалення власної пластинки значною мірою зникло. Таким чином, перш ніж намагатися оцінити ступінь атрофії, зазвичай потрібна ерадикація *H. pylori* і деякий час для зменшення хронічного запалення [90]. Атрофічний гастрит характеризується заміщенням або втратою нормальних залозистих елементів і розширенням навколишньої власної пластинки фібробластами та фіброзом і майже завжди супроводжується метаплазією кишкового, ацинарного або псевдопілоричного типів підшлункової залози, яка може бути поодинокую або всередині поєднання. З цієї причини атрофічний гастрит отримав назву метапластичний атрофічний гастрит. Виявлено два різних патогенетичних типи: аутоімунний (тип А) і метапластичний атрофічний (тип В) гастрит [91].

Метапластичний атрофічний гастрит, спричинений екологічними причинами (також званий мультифокальним атрофічним гастритом або атрофічним пангастритом), зазвичай виникає внаслідок хронічної інфекції *H. pylori* (більш ніж у трьох чвертях випадків). Майже завжди вражає антральний відділ шлунка зі змінним розширенням у проксимальний відділ шлунка.

Імовірно, тривале запалення антрального відділу призводить до зниження вироблення шлункової кислоти та сприяє проксимальній міграції бактерій до тіла шлунка, що призводить до пангастриту та мультифокального атрофічного гастриту [92].

Аутоімунний гастрит (АГ) виникає внаслідок імуноопосередкованої агресії, націленої на парієтальні клітини, і вражає виключно оксинтичну слизову оболонку шлункового дна; він пов'язаний з сироватковими антитілами до парієтальних клітин і антитілами до внутрішнього фактора. Клінічні ознаки АГ включають гіпо/ахлоргідрію, гіпергастринемію, низьке співвідношення пепсиноген I / пепсиноген II і макроцитарну анемію з дефіцитом вітаміну B12 [93, 94].

Розвиток і прогресування кислотозалежних захворювань у молодих людей є результатом складної взаємодії генетичних, середовищних та поведінкових факторів. Серед ключових причинних механізмів виділяють порушення бар'єрних функцій слизової оболонки, зміну кислотопродукції, вплив *Helicobacter pylori*, а також неправильний спосіб життя, що включає нераціональне харчування, стрес, паління та вживання алкоголю [95, 96].

Проведений огляд показав, що, незважаючи на значну кількість досліджень, існує ряд невирішених питань щодо патогенетичних механізмів і впливу окремих факторів на розвиток захворювань у молодих осіб. Це обґрунтовує необхідність подальшого наукового аналізу, який дозволить розширити уявлення про ці патології та знайти нові підходи до їх лікування. У зв'язку з цим, наступний етап роботи буде присвячений дослідженню специфічних особливостей розвитку та перебігу кислотозалежних захворювань у молодих людей, з урахуванням впливу соціально-економічних, поведінкових та медичних факторів.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Клінічна характеристика респондентів

В основі клінічних досліджень лежить анкетування студентської молоді Буковини, а саме студентів Буковинського державного медичного університету (БДМУ) та Чернівецького національного університету ім. Ю.Федьковича (ЧНУ). Комплексне анкетування студентів було проведено із застосуванням власно розробленої анкети на сучасній платформі Google Forms (Додаток 1).

В анкетуванні взяв участь 431 студент: 219 студентів ЧНУ (50,8%) та 212 студентів БДМУ (49,2%). Серед них анкетування пройшли 283 студентки (65,7%) та студенти-чоловіки – 148 (34,3%) (Рис. 2.1.1).

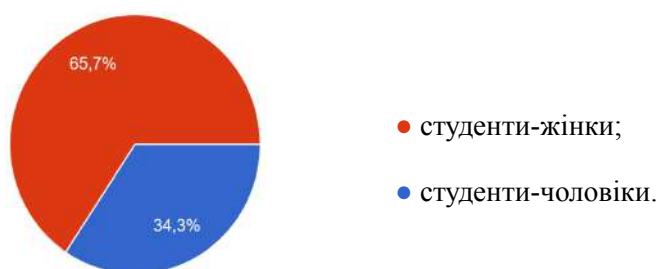


Рис. 2.1.1. Розподіл респондентів за статтю

У БДМУ найбільшу участь в анкетуванні взяли студенти медичного факультету – 146 студентів (68,9%), стоматологічного факультету – 29 студентів (13,7%), та, меншою мірою, студенти медико-психологічного факультету – 20 студентів (9,4%) і медико-фармацевтичного факультету – 17 студентів (8%). Факультетне співвідношення респондентів БДМУ зображено на Рис. 2.1.2.

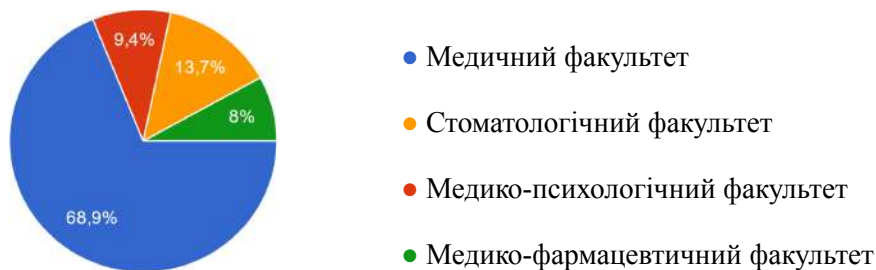


Рис. 2.1.2. Розподіл респондентів за факультетами БДМУ

Серед факультетів ЧНУ найбільшу активність в анкетуванні проявили: факультет педагогіки, психології та соціальної роботи – 134 студенти (61,2%), факультет історії, політології та міжнародних відносин – 19 студентів (8,7%), факультет іноземних мов – 12 студентів (5,5%) навчально-науковий інститут фізико-технічних та комп'ютерних наук – 20 студентів (9,1%). Частка інших факультетів, що брала участь в анкетуванні, не перевищує 5%. Співвідношення проанкетованих студентів за факультетами ЧНУ зображено на Рис. 2.1.3.



Рис. 2.1.3. Розподіл респондентів за факультетами ЧНУ

Серед проанкетованих у БДМУ найбільше взяли участь студенти 5–6 курсів – 148 осіб (69,8%). Меншою мірою долучилися студенти 3–4 курсів – 31 особа (14,6%), а також студенти 1–2 курсів – 33 особи (15,6%). У той же час студенти 3–4 курсів ЧНУ виявили більшу активність в опитуванні: їхня кількість склала 92 учасники (42%). Менш зацікавленими були студенти 1–2 курсів ЧНУ – 75 осіб (34,2%), а серед старшокурсників цього університету (5–6 курси) найменша частка — лише 52 студенти (23,8%). (Табл. 2.1.1).

Таблиця 2.1.1.

**Розподіл респондентів за часткою, які взяли участь в анкетуванні
(n, %)**

ВНЗ	1-2 курси	3-4 курси	5-6 курси	Всього
БДМУ	33 15,6%	31 14,6%	148 69,8%	212 100%
ЧНУ	75 34,2%	92 42%	52 23,8%	219 100%

Дослідження студентів 1 курсу обох університетів показує, що середній вік студентів ЧНУ становить 18,56 років, що на 1,25 року більше, ніж у студентів БДМУ. На 2 курсі середній вік студентів БДМУ становить 19,25 років, що на 0,25 року більше, ніж у студентів ЧНУ. (Табл. 2.1.2).

Таблиця 2.1.2.

Розподіл респондентів за віком ($\bar{X} \pm m$)

Параметри	1 курс	2 курс	3 курс	4 курс	5 курс	6 курс
БДМУ						
Вік (років)	17,31 $\pm$ 1,37	19,25 $\pm$ 0,1	21,18 $\pm$ 0,2	21,29 $\pm$ 0,13	22,79 $\pm$ 0,1	23,28 $\pm$ 0,28
ЧНУ						
Вік (років)	18,56 $\pm$ 0,13	19 $\pm$ 0,44	20,37 $\pm$ 0,13	21,13 $\pm$ 0,13	23,03 $\pm$ 0,18	23,83 $\pm$ 0,36

Середній вік студентів 3 курсу БДМУ становить 21,18 років, що на 0,81 року більше, ніж у студентів ЧНУ. На 4 курсі середній вік студентів БДМУ становить 21,29 років, що на 0,16 року більше, ніж у студентів ЧНУ.

На 5-6 курсах спостерігаються зворотні тенденції порівняно з молодшими курсами. Середній вік студентів 5-6 курсів ЧНУ був дещо вищим, ніж у відповідних студентів БДМУ.

Дослідження антропометричних показників включало визначення маси тіла та зросту, а також визначення індексу маси тіла (ІМТ) відповідно до загальноприйнятої методики. Індекс маси тіла вираховували за формулою:

$$\text{ІМТ} = \text{маса тіла} / \text{зріст}^2, \text{ кг/м}^2 \text{ (формула 2.1.1)}$$

Масу тіла оцінювали за рекомендаціями ВООЗ (1997): при значеннях ІМТ у межах 18,5-24,9 кг/м², масу оцінювали як нормальну, при ІМТ 25-29,9 кг/м² встановлювали підвищену масу тіла, при ІМТ 30,0-34,9 кг/м² діагностували ожиріння I ступеня, при ІМТ 35,0-39,9 кг/м² – ожиріння II ступеня, при ІМТ понад 40,0 кг/м² – ожиріння III ступеня.

При аналізі антропометричних показників у першокурсників БДМУ середня маса становила 61,77±3,45 кг, що на 1,18 кг більше, ніж у студентів 1 курсу ЧНУ. Проте середній зріст студентів 1 курсу ЧНУ складав 168,88±1,77 см, що на 0,65 см більше порівняно зі студентами БДМУ. При розрахунку ІМТ серед студентів-першокурсників обох ВНЗ отримали нормальні значення. Значення середньої маси та зросту у студентів-другокурсників БДМУ були більшими порівняно зі студентами ЧНУ. Середній ІМТ студентів 2 курсу ЧНУ був у 1,03 рази більшим, ніж у першокурсників ЧНУ. Особливо помітна різниця була відмічена у середніх значеннях маси тіла у студентів 3 курсу БДМУ із тенденція до збільшення, у порівнянні з молодшими курсами, і становила 73,41±4,53 кг. Значення ІМТ у третьокурсників обох ВНЗ теж мали тенденцію до зростання, проте у студентів-медиків він був у 1,08 рази вищим, ніж у студентів ЧНУ.

Слід відмітити, що середня маса тіла у студентів 4 курсу БДМУ становила $64,43 \pm 3,5$ кг і була значно більшою у порівнянні, ніж у студентів 1-3 курсів. А також вона була на $5,43$ кг більшою, ніж у студентів 4 курсу ЧНУ. Середній зріст студентів 4 курсу БДМУ також був вищим на $4,49$ см більше порівняно зі студентами 4 курсу ЧНУ. Значення ІМТ у студентів 4 курсу обох ВНЗ були в межах норми. (Табл. 2.1.3).

Таблиця 2.1.3.

Розподіл респондентів за масою, зростом та ІМТ ($X \pm m$)

Параметри	1 курс	2 курс	3 курс	4 курс	5 курс	6 курс
БДМУ						
Маса (кг)	$61,77 \pm 3,45$	$63,45 \pm 2,46$	$73,41 \pm 4,53$	$64,43 \pm 3,5$	$67,71 \pm 1,28$	$66,66 \pm 1,35$
Зріст (см)	$168,23 \pm 2,25$	$171,45 \pm 2$	$174,76 \pm 2,39$	$172,36 \pm 2,85$	$173,84 \pm 1,13$	$171,3 \pm 0,88$
ІМТ	$21,66 \pm 0,83$	$21,48 \pm 0,58$	$23,7 \pm 0,9$	$21,62 \pm 0,97$	$22,35 \pm 0,3$	$22,6 \pm 0,34$
ЧНУ						
Маса (кг)	$60,59 \pm 2,65$	$61,91 \pm 2,09$	$61,39 \pm 1,32$	$59 \pm 1,84$	$70,38 \pm 1,83$	$73,22 \pm 4,48$
Зріст (см)	$168,88 \pm 1,77$	$168,79 \pm 1,47$	$167,06 \pm 0,82$	$167,87 \pm 1,11$	$176,32 \pm 1,24$	$171,06 \pm 3,62$
ІМТ	$21,04 \pm 0,64$	$21,59 \pm 0,52$	$21,97 \pm 0,43$	$20,84 \pm 0,5$	$22,56 \pm 0,44$	$26,45 \pm 3,47$

У п'ятикурсників ЧНУ середні значення маси тіла, зросту та ІМТ були більшими, ніж у студентів-медиків. На 6 курсі спостерігаються найбільші відмінності в ІМТ. Середні значення маси тіла у студентів ЧНУ становили $73,22 \pm 4,48$ кг, що на $6,56$ кг більше, ніж у студентів БДМУ. Проте середні значення зросту були вищими у студентів 6 курсу БДМУ. Варто відмітити, що ІМТ зі значеннями $26,45 \pm 3,47$ вказує на наявність надмірної ваги у студентів ЧНУ, тоді як студенти БДМУ мають ІМТ у межах норми.

2.2. Методи дослідження

Анкетування – збір даних у вигляді письмових відповідей респондентів на запитання анкети (опитувальника), які стосуються визначеної теми, сформульовані відповідно до мети дослідження та розміщені у продуманій послідовності. Серед переваг анкетування є можливість отримання як кількісних, так і якісних даних, відносно легка організація, респондентам легко брати участь, а також простіше зводити результати.

Опитування можна розглядати як один із найпоширеніших методів отримання інформації про суб'єктів – респондентів. Опитування полягає в задаванні людям спеціальних запитань, відповіді на які дозволяють досліднику отримати необхідні відомості залежно від завдань дослідження.

Анкета – структурно організований набір запитань, кожне з яких логічно пов'язане з основною метою дослідження, отримання інформації відбувається шляхом опитування респондентів.

В рамках нашого дослідження була власно розроблена анкета (Додаток 1), в якій містились питання щодо факторів ризику та передумов розвитку КЗЗ, основних клінічних симптомів КЗЗ, методів діагностики, а також фармакотерапії, яку застосовували респонденти для усунення або зменшення симптомів КЗЗ. Власне розроблена анкета містила декілька структурованих блоків запитань.

Блок 1. Загальні дані. Цей блок включає питання про навчальний заклад (БДМУ або ЧНУ), курс та факультет студента, а також демографічні характеристики: стать, вік, вагу та зріст. Метою є класифікація респондентів для подальшого аналізу впливу соціально-навчальних та фізіологічних параметрів на стан здоров'я.

Блок 2. Шкідливі звички. Даний блок містить запитання щодо наявності шкідливих звичок, таких як паління (стаж, частота) та вживання алкоголю (наявність зловживань). Ці дані дозволяють оцінити вплив токсичних факторів на функціонування шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та виявити потенційні чинники ризику.

Блок 3. Спосіб життя та харчові звички. У цьому розділі аналізуються фізичні навантаження (підняття важких предметів, напруга черевних м'язів), режим харчування (кількість прийомів їжі, нічні перекуси, прийом їжі перед сном), а також харчові переваги (жирна їжа, солодощі, фастфуд, газовані напої, продукти, що подразнюють слизову оболонку). Мета — визначити зв'язок між повсякденними звичками, дієтою та симптомами порушень ШКТ.

Блок 4. Симптоматика порушень ШКТ. Тут зібрано дані про наявність больового синдрому (голодний біль, нічний біль, пізні болі, біль за грудиною, в епігастрії) та інших симптомів (печія, відрижка кислим, гіркота в роті, здуття живота, гикавка, зригування). Мета полягає у виявленні поширеності суб'єктивних скарг та їхньої кореляції зі способом життя, харчуванням і прийомом ліків.

Блок 5. Діагностичні процедури. У цьому розділі запитується, чи проводились респондентам інструментальні обстеження: рН-метрія шлунку та стравоходу, ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунка або дванадцятипалої кишки. Це дозволяє оцінити частоту застосування діагностичних методів та їхню роль у виявленні патологій.

Блок 6. Встановлені діагнози. Останній блок включає анамнестичні дані про наявність діагностованих захворювань: гастроезофагеальний або дуоденогастральний рефлюкс, гастрит, ерозії, виразки шлунка/12-палої кишки, а також сімейну історію хвороб ШКТ. Мета — визначити поширеність структурних і функціональних патологій та їхній зв'язок із зовнішніми чинниками.

Блок 7. Медикаментозне лікування. Цей блок охоплює два аспекти: тривалий прийом препаратів (нестероїдні протизапальні засоби, антидепресанти, гормональні препарати) та симптоматичне лікування (антациди, інгібітори протонної помпи, блокатори H₂-рецепторів). Завдання — проаналізувати, як лікарські засоби впливають на стан ШКТ, чи сприяють вони розвитку або зменшенню симптомів.

Отриманий в результаті досліджень цифровий матеріал систематизувався. Математичну обробку отриманих даних проводили на персональному комп'ютері на базі процесора Apple M1 за допомогою ліцензійної програми JetBrains DataGrip 2024.3.5 з використанням кореляційної бази даних MySQL 8.0 та ліцензійної програми Visual Studio Code 1.98.2 з використанням мови програмування TypeScript 5.8.2, а також використання моделей штучного інтелекту DeepSeek-R1 та Claude 3.7 Sonnet з обчисленням середньої величини ($\bar{X}$), середньої похибки (m), параметричного критерію вірогідності різниці Стьюдента. Достовірною вважали ймовірність помилки менше 5% ($p < 0,05$).

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ

3.1. Результати виявлених провокуючих факторів ризику розвитку КЗЗ у респондентів

Наявність шкідливих звичок, нездоровий спосіб життя та неправильне харчування є ключовими чинниками розвитку кислотозалежних захворювань. Паління і вживання алкоголю пошкоджують слизову оболонку шлунка та стимулюють секрецію соляної кислоти. Часте переїдання, споживання жирної, гострої, смаженої їжі та фастфуду сприяють порушенню моторики ШКТ і підвищенню кислотності. Малорухливий спосіб життя та стрес також негативно впливають на функціонування травної системи.

Наявність чи відсутність шкідливих звичок (паління, прийом алкоголю) оцінювали за результатами анкетування щодо розподілу студентів ВНЗ за курсами, факультетами, за гендерною ознакою та за стажом паління. Загальна картина, що простежується в опитуванні студентів демонструвала переважне утримання від зловживання алкоголем. Негативно відповіли 398 студентів, позитивно – 33 студенти (Рис. 3.1.1).

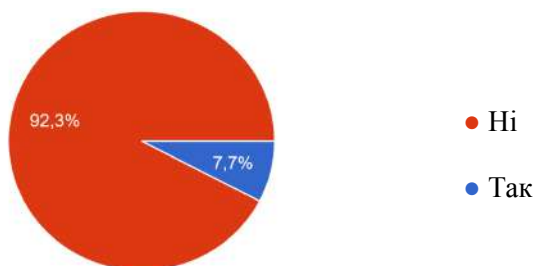


Рис. 3.1.1. Частка студентів, які зловживають алкоголем

У БДМУ абсолютна більшість студентів на всіх курсах відповідала негативно, зокрема на молодших курсах ситуація майже ідеальна: на 1-му курсі медичного факультету 100% як чоловіків, так і жінок не повідомляли про зловживання. Аналогічна ситуація і серед студентів медико-психологічного факультету: незалежно від курсу та статі, всі опитані заявляли про відсутність такої проблеми. Згідно аналізу за курсами спостерігалось поступове зростання

позитивних відповідей, що особливо помітно серед чоловіків. Якщо на 1–3 курсах фактично не зафіксовано зловживання, то вже на 4–6 курсах окремі показники зростали. Найвищий рівень – 100% позитивних відповідей – було зафіксовано серед чоловіків 2-го та 4-го курсів стоматологічного факультету. На медичному факультеті динаміка менш різка, але показова: з 20% чоловіків, які на 5-му курсі визнавали зловживання, ця частка знижувалася до 3,1% – на 6-му курсі. У жінок ситуація протилежна – якщо на 5-му курсі лише 6,6% вказали на проблему, то вже на 6-му цей показник зростає до 13,3%. Таким чином, відбувається цікаве перехрестя: у той час, як чоловіки демонструють тенденцію до зменшення, жінки – навпаки, до зростання, що може бути наслідком вигорання або психологічного навантаження під час підготовки до завершення навчання. (Рис. 3.1.2).

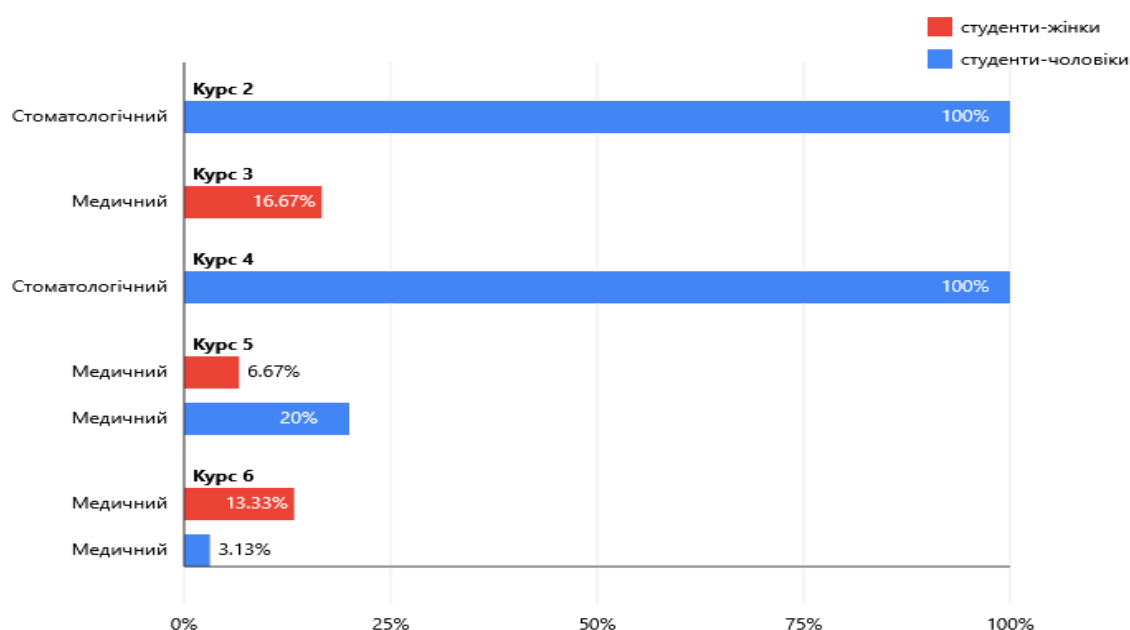


Рис. 3.1.2. Частка вживання алкоголю серед студентів-медиків

Щодо вживання студентами алкоголю, серед студентів ЧНУ досліджено, що більшість опитаних не зловживали алкоголем (Рис. 3.1.3). Гендерний аналіз демонстрував, що чоловіки частіше зловживали алкоголем, особливо на старших курсах. Серед чоловіків на 5-му курсі педагогічного факультету 66,6% зізналися у зловживанні алкоголем, що є найвищим показником серед усіх груп.

На юридичному факультеті показник серед чоловіків 5-го курсу становив 33,3%, на технічному факультеті серед чоловіків 5-го курсу – 20%. Серед жінок найвищий рівень зловживання був зафіксований на 2-му курсі економічного факультету, де 50% студенток відповіли «Так», а також серед 25% жінок на 6-му курсі педагогічного факультету. Динаміка за курсами показує, що на молодших курсах рівень зловживання алкоголем низький. На старших курсах спостерігалось зростання зловживання серед чоловіків.

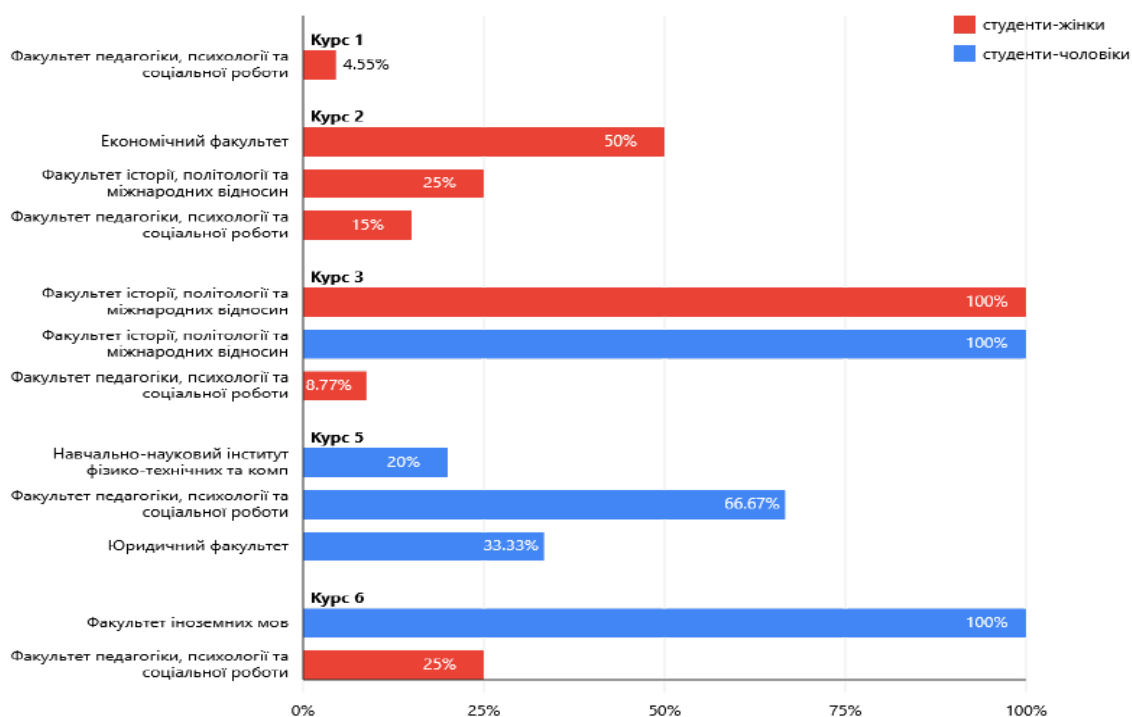


Рис. 3.1.3. Частка вживання алкоголю серед студентів ЧНУ

У переважної більшості студентів БДМУ та ЧНУ спостерігається усвідомлене ставлення до здоров'я – це підтверджує високий відсоток тих, хто не палить (Рис. 3.1.4).

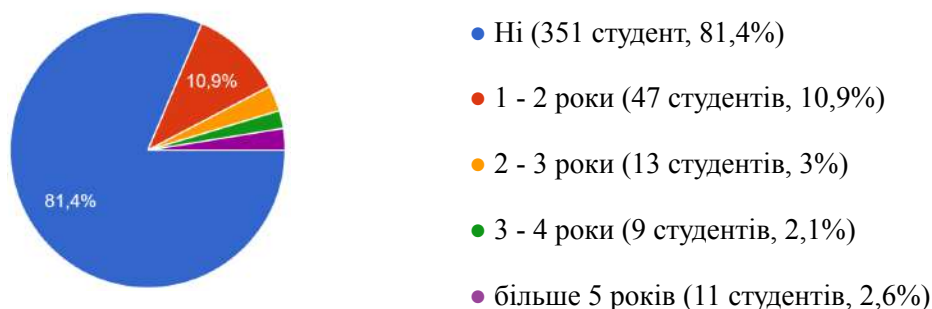


Рис. 3.1.4. Розподіл студентів обох ВНЗ за тривалістю стажу паління

Аналіз результатів опитування серед студентів БДМУ показав, що великий відсоток респондентів не мали досвіду паління. Проте серед жінок 5-го курсу цей показник становив 93,3%. Водночас серед чоловіків 5-го курсу не палять лише 60%. *(Додаток 2, Табл. 1).*

Найбільш поширеним стажом паління серед студентів виявилися 1–2 роки. Така відповідь була характерна насамперед для чоловіків: 47% опитаних студентів 5-го курсу стоматологічного факультету, 33,3% студентів-чоловіків 5-го курсу медико-фармацевтичного факультету, а також на медичному факультеті – 21,8% чоловіків 6-го курсу. Водночас серед жінок подібні показники були значно нижчими. Цікаво, що на 4-му курсі стоматологічного факультету всі опитані чоловіки мають стаж куріння 3–4 роки.

Дослідження засвідчує певні відмінності між чоловіками та жінками. Жінки переважно не палять, виняток становить 1-й курс того ж факультету, де 28,5% дівчат вказали стаж паління 3–4 роки. Серед чоловіків загальна картина інша – вищі показники спостерігаються вже з 4-го курсу. Наприклад, на медико-психологічному факультеті 71,4% студентів не палять, однак 14% все ж мають стаж понад 5 років. Серед чоловіків загальна картина інша – вищі показники спостерігаються вже з 4-го курсу. Наприклад, на медико-психологічному факультеті 71,4% студентів не палять, однак 14% все ж мають стаж понад 5 років. Загалом, на молодших курсах частка курців залишається низькою, тоді як на старших зростає, особливо серед чоловіків.

Серед опитаних на різних факультетах ЧНУ цей показник коливався від 75% до абсолютних 100%. Наприклад, на 1-му курсі факультету педагогіки, психології та соціальної роботи 95,5% жінок ніколи не палили. А на 4-му курсі цього ж факультету всі опитані студентки – підтвердили повну відмову від тютюну.

Втім, не на всіх факультетах ситуація є однаково оптимістичною. На факультеті фізичної культури та здоров'я людини, зокрема серед чоловіків, рівень куріння значно вищий. Тут на 4-му курсі всі опитані чоловіки мають досвід куріння протягом 1–2 років, а на 6-му курсі є інформація про стаж понад 5 років. У Навчально-науковому інституті фізико-технічних та комп'ютерних наук серед студентів 5-го курсу 80% зазначили, що не палять, але вже на 2-му курсі половина чоловіків (50%) мають стаж куріння 1–2 роки. Це свідчить про те, що звичка часто формується саме на початкових етапах навчання. Юридичний факультет теж вирізнявся даними анкетування: на 5-му курсі 33,3% чоловіків мають стаж куріння – частина з них палить від 1 до 2 років, інші – 2–3 роки.

Жінки загалом демонстрували значно кращі показники. У багатьох групах частка тих, хто палить, дорівнює нулю. Винятком стала група другого курсу технічного інституту, де 25% респонденток-жінок мали досвід куріння впродовж 2–3 років – це найвищий показник серед жінок у всьому університеті. Молодші курси загалом характеризувалися низьким рівнем паління. Однак зі зростанням курсу помітне збільшення кількості чоловіків, які палять, особливо на 4–6 курсах (*Додаток 2, Табл. 2*).

Частка студентів БДМУ, які використовують тривалі фізичні навантаження, що сприяють підвищенню тиску в очеревині, а в подальшому можуть призвести до розвитку ГЕРХ, була мінімальною. Відповіді "Часто" та "Щоденно" зустрічались близько у 35% студентів-чоловіків. Проте 15,5% жінок 6-го курсу часто займалися фізичними вправами. Також слід відмітити, що тенденція у збільшенні фізичної активності зростала на старших курсах.

У студентському середовищі ЧНУ фізичне навантаження, пов'язане з

перенапруженням м'язів черевного поясу або підняттям важких предметів, найчастішою відповіддю було "Інколи" – студенти зазначили періодичну, але не регулярну фізичну активність. Відповіді "Часто" та "Щоденно" траплялися рідше (до 20%) і переважно серед чоловіків технічних та фізичних факультетів. Гендерний аналіз підтверджує вищу фізичну активність чоловіків. У динаміці за курсами молодші студенти демонстрували помірну активність: 54,5% жінок 1-го курсу педагогіки та всі чоловіки 2-го курсу технічного інституту обрали "Інколи".

Аналіз результатів опитування студентів БДМУ щодо дотримання режиму харчування (3-4 разове харчування) показав, що більшість студентів дотримуються правильного режиму харчування нестабільно ("Інколи"), але на старших курсах зростає частка тих, хто обирає відповідь "Часто". Зокрема, на 3-му курсі медичного факультету 58,3% жінок зазначали, що дотримувались режиму лише періодично. Проте на окремих факультетах переважав більш стабільний режим харчування: 85,7% чоловіків 5-го курсу медико-психологічного факультету, 82% чоловіків на 5-му курсі стоматологічного факультету, 66,6% чоловіків 5-го курсу медико-фармацевтичного факультету вказували, що харчувались "Часто". Наприклад, всі жінки 1-го курсу медико-фармацевтичного факультету повідомили, що взагалі не дотримувались режиму харчування. На медичному факультеті також спостерігалось підвищення регулярності: на 5-му курсі 53,3% жінок, а на 6-му курсі 62,5% чоловіків часто дотримувались режиму харчування. Гендерний аналіз виявив, що чоловіки були більш дисциплінованими у харчуванні. А розподіл за курсами продемонстрував чітку динаміку: на старших курсах було помітне зростання регулярності прийому їжі.

Під час дослідження дотримання режиму харчування серед студентів ЧНУ найбільш поширеною відповіддю була "Інколи", водночас відповідь "Ніколи" траплялася рідше. Проте, 50% чоловіків 1-го курсу факультету історії зазначили, що зовсім не дотримувались режиму харчування. Зокрема, 80% жінок 5-го курсу факультету іноземних мов обрали "Часто", 100% чоловіків 1-го

курсу факультету фізичної культури також відповіли "Часто", що, ймовірно, пов'язано зі спортивним способом життя. Найвищу активність у дотриманні режиму харчування продемонстрували студенти факультету педагогіки, психології та соціальної роботи, де на 3-му курсі 31,5% жінок обирали "Часто", студенти факультету іноземних мов, де всі чоловіки на 4-му та 5-му курсах, та всі студенти 5-го курсу економічного факультету відповідали "Часто". Варто відзначити студентів 5-го курсу юридичного факультету, де 66% чоловіків обирали відповідь "Часто". На старших курсах спостерігалось зростання регулярності у харчуванні: всі чоловіки 5-го курсу факультету іноземних мов обрали "Часто", а на 6-му курсі інституту фізико-технічних наук 42,8% чоловіків, та всі жінки цього ж курсу дотримувалися харчового режиму "Щоденно".

Аналіз провокуючого фактору КЗЗ щодо прийому харчування перед сном серед студентів БДМУ показав, що найпоширенішою відповіддю було "Інколи". Натомість на старших курсах зростала частка відповідей "Часто": 84,3% чоловіків 6-го курсу медичного факультету та 88,8% чоловіків 5-го курсу медико-фармацевтичного факультету, 57% чоловіків 5-го курсу медико-психологічного факультету. Також відмітилась висока активність студентів 5-го курсу стоматологічного факультету та 6-го курсу медико-психологічного, де переважала відповідь "Часто". Варіант "Щоденно" обрали 28,5% студенток 1-го курсу медичного факультету. Найвищу дисциплінованість демонстрували чоловіки старших курсів, зокрема 6-го курсу медичного факультету, при цьому лише 17,7% жінок 6-го курсу медичного факультету дотримувалися режиму харчування перед сном щоденно.

Аналіз відповідей студентів ЧНУ на запитання щодо прийому їжі не менш ніж за три години до сну показав помірну, але неоднозначну тенденцію. Найчастішою відповіддю було "Інколи", що свідчить про відсутність стабільного харчового режиму. Водночас траплялись випадки повної відмови від цієї шкідливої звички: 50% жінок на 2-му курсі фізико-технічного інституту та всі студентки 4-го курсу юридичного факультету обрали "Ніколи". Проте

були і негативні приклади – всі жінки 5-го курсу філологічного факультету відповіли "Часто", як і 45,5% студенток 4-го курсу педагогіки. Серед факультетів найактивнішими у дотриманні здорових харчових звичок виявилися філологічний, педагогічний та фізичної культури. На останньому 100% чоловіків 1-го курсу зазначили "Часто", що пов'язано зі спортивним способом життя. У динаміці за курсами спостерігалася схильність до більшої відповідальності на старших курсах. Натомість на молодших курсах частіше відповідали "Інколи", хоча були й винятки, як-от 100% чоловіків 1-го курсу фізичної культури, які дотримувались режиму з перших років навчання.

Більшість студентів-медиків вказали, що інколи вживають нічні перекуси. Проте на старших курсах зростає частка тих, хто обирає "Часто", особливо серед чоловіків. Відповідь "Інколи" обирали 57% жінок 1-го курсу медичного факультету та 42,8% жінок 4-го курсу того ж факультету. На 5-му курсі стоматологічного факультету 70,5% чоловіків регулярно влаштовували нічні перекуси, на 6-му курсі медичного факультету таких було 68,7%. Особливу активність виявили студенти медико-психологічного факультету – усі респонденти 6-го курсу, незалежно від статі, зазначили, що часто мають нічні перекуси. 66,6% жінок 5-го курсу медико-психологічного факультету зазначили, що часто вдаються до нічних перекусів.

Аналіз звички нічних перекусів серед студентів ЧНУ показав, що на молодших курсах переважали помірні відповіді, а на старших частіше з'являвся варіант "Часто". Інколи перекушували вночі 59% жінок 4-го курсу факультету педагогіки та всі студентки 5-го курсу економічного факультету. Всі жінки 5-го курсу філологічного факультету вказували на часті перекуси і 42,8% чоловіків 6-го курсу фізико-технічного інституту. "Щоденно" зазначали переважно чоловіки. Зокрема, всі студенти факультету фізичної культури повідомили про щоденні нічні перекуси. Найвищу активність спостерігали на філологічному факультеті (100% "Часто" серед жінок).

На старших курсах БДМУ фіксувалося суттєве зростання звички полежати після їжі. Так, 5-му курсі медичного факультету 80% чоловіків

обирали "Часто", на 6-му – 68,7%. 33,3% жінок 3-го курсу медичного факультету щоденно полюбляли полежати. Схожі показники були й на медико-психологічному факультеті, де всі чоловіки 6-го курсу відповідали "Часто". Серед жінок найвищу активність зафіксовано на 4-му курсі медичного факультету – 57% обрали "Часто", а також на 2-му курсі стоматологічного факультету – 75% жінок. На стоматологічному факультеті на 5-му курсі 52,9% чоловіків та на 5-му курсі медико-психологічного факультету 57% чоловіків обрали відповідь "Часто", що також свідчило про збільшення потреби у відпочинку після прийому їжі з віком і навантаженням.

Аналіз звички студентів ЧНУ полежати після їжі показав перевагу відповіді "Інколи", особливо серед жінок молодших курсів. На старших курсах частіше обирали "Часто". Серед жінок 3-го курсу педагогіки цей варіант обрали 49%, на 4-му курсі – 45%, а 100% студенток 5-го курсу філологічного факультету відповіли так само. Серед чоловіків 6-го курсу фізико-технічного інституту цей показник сягнув 71%. Хоча загальна тенденція була поміркованою, спостерігались винятки: 75% жінок 2-го курсу історичного факультету обирали "Часто", як і всі чоловіки факультету фізичної культури на 2-му та 6-му курсах. Чоловіки частіше обирали "Часто" на технічних і спортивних спеціальностях. У динаміці за курсами видно, що "Інколи" переважала на 1–2 курсах, а "Часто" – з 3-го по 6-й курс.

80% студентів п'ятикурсників медичного факультету часто споживали продукти, багаті на жири та вуглеводи. На 6-му курсі цей показник склав 66,7% серед жінок і 68,8% серед чоловіків. Відповідь "Інколи" була менш поширеною, переважно серед студентів молодших курсів. Водночас "Ніколи" та "Щоденно" траплялися рідко (до 28,5%), за винятком 1-го курсу медико-психологічного факультету, де всі жінки відповіли "Щоденно". Найвищу активність вживання таких продуктів продемонстрували студенти медичного, стоматологічного та медико-психологічного факультетів. Зокрема, 64,7% чоловіків 5-го курсу стоматології й 100% жінок 5-го курсу медико-психологічного факультету обрали "Часто". Гендерний аналіз показав, що чоловіки частіше вказували "Часто" на

старших курсах, зокрема 80% на 5-му курсі медичного факультету, а також 100% на 1-му курсі того ж факультету. Серед жінок 100% на 5-му курсі медико-психологічного факультету й 66,7% на 6-му курсі медичного факультету також обирали "Часто".

Аналіз споживання продуктів, багатих на жири та вуглеводи, серед студентів ЧНУ показав, що найчастіше обиралась відповідь "Інколи". На старших курсах зростала частка відповідей "Часто". Так, 60% чоловіків на 5-му курсі фізико-технічного інституту та 57% на 6-му курсі зазначали часте споживання таких продуктів. Відповідь "Щоденно" з'являлася епізодично, до 25%, переважно серед жінок – зокрема, на 2-му курсі історичного факультету цей варіант обрали 25%. Найбільшу активність демонстрували студенти педагогічного факультету: 40,3% жінок 3-го курсу та 45,4% 4-го обирали "Часто". Схожа ситуація була на факультеті фізичної культури, де 100% чоловіків 2-го курсу обрали "Часто", і на фізико-технічному інституті, де цей показник становив 57% серед чоловіків 6-го курсу. Жінки частіше обирали "Інколи", особливо на молодших курсах. Чоловіки виявляли вищу частоту у варіанті "Часто", особливо на факультетах з фізичним або технічним профілем. У динаміці за курсами спостерігалось зростання частоти вживання таких продуктів на старших курсах.

Споживання напоїв із кофеїном (кава, міцний чай, кока-кола) серед студентів БДМУ було щоденним, особливо на старших курсах. Серед факультетів найбільше кофеїну щодня споживали студенти медичного факультету – на 1-му курсі 57% жінок і 66,6% чоловіків, 56,2% чоловіків і 46,6% жінок 6-го курсу, 71,4% чоловіків 5-го курсу медико-психологічного факультету, 75% жінок 2-го курсу стоматологічного факультету та всі студентки 1-го курсу медико-фармацевтичного факультету. Високі показники "Часто" фіксувалися серед чоловіків стоматологічного факультету – до 58,8% на 5-му курсі та на 5-му курсі медичного факультету 60% чоловіків. Чоловіки частіше обирали "Щоденно" на старших курсах, а жінки – на молодших курсах. У

динаміці за курсами спостерігалось високе споживання кофеїну вже на першому курсі, з подальшим зростанням на старших.

Аналіз вживання кофеїновмісних напоїв студентами ЧНУ показав, що найпоширенішою відповіддю була "Інколи". Водночас частка відповідей "Часто" та "Щоденно" зростала на старших курсах. На 5-му курсі факультету іноземних мов 80% жінок відповіли "Часто", а 66,7% чоловіків – "Щоденно". Найвищий показник "Щоденно" зафіксовано серед жінок 5-го курсу філологічного факультету – 100%. Всі чоловіки 1-го курсу факультету історії відповіли, що не вживали кофеїн. Серед факультетів найвищу активність споживання продемонстрували педагогічний, технічний, іноземних мов та філологічний. На педагогічному факультеті 75% жінок 6-го курсу обрали "Щоденно", а на 3-му курсі 36,8% жінок – "Часто". У технічному інституті 80% чоловіків 5-го курсу споживали кофеїн "Часто", на 6-му курсі – 42,8%. Жінки частіше обирали "Часто" або "Щоденно", особливо на старших курсах. Наприклад, на 6-му курсі педагогічного факультету 75% жінок відповідали "Щоденно", на 5-му курсі філологічного – 100%. Чоловіки демонстрували вищу активність у технічних напрямках, як-от на 5-му курсі інституту фізико-технічних наук 80% обирали "Часто". На старших курсах значно зростала частка відповідей "Щоденно", особливо на педагогічному та філологічному факультетах.

Аналіз вживання газованих напоїв серед студентів БДМУ показав, що найбільш поширеною відповіддю була "Інколи". Відповідь "Часто" була другою за поширеністю, зокрема 62,5% чоловіків 6-го курсу медичного факультету та 41% чоловіків 5-го курсу стоматології. Водночас варіант "Щоденно" зустрічався рідко, але іноді досягав високих показників – як, наприклад, серед чоловіків 1-го курсу медичного факультету, де 66,6% зазначили щоденне споживання та 33,3% жінок 2-го курсу стоматологічного факультету. На молодших курсах переважала відповідь "Інколи", наприклад, 58,3% жінок на 3-му курсі медичного факультету. На старших курсах зростала частка "Часто", особливо

серед чоловіків медичного факультету, а "Щоденно" поступово зменшувалося до 3% на 6-му курсі.

Часто вживали газовані напої студенти ЧНУ на старших курсах. Зокрема, 80% чоловіків 5-го курсу Інституту фізико-технічних наук та 66,6% чоловіків факультету іноземних мов відповідали "Часто". Відповідь "Щоденно" траплялася рідко, проте серед жінок 2-го курсу економічного факультету її обрали 50%, а серед чоловіків 6-го курсу педагогічного факультету – 100%. На педагогічному факультеті 50–68% студентів регулярно відповідали "Інколи", а на 4-му курсі 40,9% жінок – "Часто". На факультеті іноземних мов жінки на 5-му курсі всі обрали "Інколи", тоді як чоловіки – переважно "Часто". Жінки частіше відповідали "Інколи", особливо на молодших курсах. Чоловіки виявляли вищу активність у споживанні на технічних факультетах і старших курсах. 37,5% жінок 2-го курсу історичного факультету відповіли "Часто", а серед студентів 6-го курсу педагогічного факультету спостерігався найвищий показник "Щоденно".

Аналіз вживання їжі, що подразнює слизову травного каналу серед студентів БДМУ показав перевагу відповіді "Інколи", а відповідь "Часто" переважала на старших курсах, особливо серед чоловіків. Так, на 6-му курсі медичного факультету 59,4% чоловіків, 77,8% чоловіків 5-го курсу медико-фармацевтичного факультету, 53,3% жінок медичного факультету цього ж курсу та 76,5% чоловіків стоматологічного факультету 5-го курсу обирали відповідь "Часто". Однак 66,7% чоловіків 1-го курсу медичного факультету повідомили про таке щоденне споживання. Відповідь "Ніколи" траплялася в межах до 16,7%, переважно серед жінок молодших курсів. Гендерні відмінності також були помітними. Жінки частіше обирали "Інколи", особливо на молодших курсах. Чоловіки на старших курсах частіше відповідали "Часто", зокрема на 5-му та 6-му курсах медичного факультету.

Серед студентів ЧНУ вживання їжі, що подразнює слизову травного каналу, теж було періодичним. Відповідь "Часто" відмічалась на старших курсах. Наприклад, 100% студентів філологічного факультету 5-го курсу

обирали "Часто". Відповідь "Щоденно" була найрідкіснішою, але серед жінок 2-го курсу економічного факультету її обрали 50%. "Ніколи" траплялася рідко – до 14%, переважно серед жінок молодших курсів. Найвищі показники споживання спостерігались серед студентів педагогічного, технічного, економічного та філологічного факультетів. На педагогічному факультеті переважала відповідь "Інколи", а на 4-му курсі 40% жінок уже обирали "Часто". У технічному інституті чоловіки 5-го курсу частіше схилилися до "Часто", як і студенти іноземних мов. Чоловіки демонстрували вищу активність у технічних і гуманітарних напрямках, зокрема на філологічному факультеті 5-го курсу. Наприклад, на 6-му курсі педагогічного факультету лише 25% жінок обирали "Інколи", тоді як на 5-му курсі філологічного факультету всі студенти обирали "Часто".

Аналіз вживання сухої їжі та фастфуду серед студентів БДМУ показав, що 66% студентів на 5-му курсі медико-фармацевтичного факультету та 64% на стоматологічному часто вживали снеки та фастфуд. Варіант "Щоденно" траплявся рідко, однак окремі групи, як-от 25% жінок 2-го курсу стоматологічного факультету, демонстрували високий рівень споживання. Відповідь "Ніколи" обирали не більше 22% студентів, переважно жінки молодших курсів. Медичний факультет лідирував за кількістю відповідей "Інколи", тоді як серед чоловіків 6-го курсу 40% вказували "Часто". Жінки загалом схилилися до помірного споживання, проте серед студенток 5-го курсу медико-психологічного факультету 66% вказали "Часто". У той же час 66% чоловіків 1-го курсу медичного факультету повідомляли про часте вживання.

Студенти ЧНУ вживали суху їжу та фастфуд інколи, проте відповідь "Часто" була характерною переважно для чоловіків, особливо на технічних спеціальностях. Наприклад, 28,6% чоловіків 6-го курсу Інституту фізико-технічних наук та 31,8% жінок 1-го курсу педагогічного факультету повідомляли про часте вживання. Найрідше студенти обирали "Щоденно", хоча на окремих факультетах цей показник був високим. Так, 100% чоловіків 1-го курсу факультету іноземних мов повідомили про щоденне споживання снеків, а

серед жінок 6-го курсу педагогічного факультету цей показник становив 50%. Відповідь "Ніколи" траплялася рідко, найчастіше серед жінок молодших курсів – до 25%. Факультет педагогіки, технічний інститут та філологічний факультет виявилися найактивнішими за рівнем споживання. У технічному інституті 71,4% чоловіків 6-го курсу обирали "Інколи". Серед студентів 5-го курсу технічного інституту 80% чоловіків повідомили про помірне вживання, хоча "Щоденно" помітно зменшувалося – до 50% на 6-му курсі педагогічного факультету.

3.2. Результати виявлених клінічних проявів КЗЗ у респондентів

Найбільш характерним клінічним проявом КЗЗ є наявність характерного больового синдрому. Аналіз відповідей студентів обох ВНЗ щодо характеру болей у животі показав, що найбільш поширеною відповіддю було «Нічого з переліченого вище» (Рис. 3.2.1). Проте певна частка студентів БДМУ повідомляла про наявність специфічного болю. Зокрема, голодні болі частіше зустрічалися серед жінок, особливо на молодших курсах. Найвищий показник зафіксовано серед студенток 2-го курсу стоматологічного факультету – 75%. Також 33,3% жінок 6-го курсу медичного факультету зазначили наявність таких болів, що може свідчити про можливі порушення харчового режиму. Щодо чоловіків, то у них частіше зустрічалися пізні болі – 46,8% студентів 6-го курсу медичного факультету. Це може бути пов'язано з нерегулярним прийомом їжі, зниженим рівнем відпочинку або стресовими факторами. Також частина респондентів зазначала «Нічні болі», хоча їхня частота була нижчою – 21,8% серед чоловіків 6-го курсу медичного факультету і 14,2% на 5-му курсі медико-психологічного факультету. Гендерний аналіз показав, що жінки переважно повідомляли про «Голодні болі» або взагалі не відзначали жодного типу болю. Чоловіки ж були схильні до появи пізніх та нічних болів, особливо на старших курсах. У динаміці по курсах простежувалася закономірність: на молодших курсах частіше турбували голодні болі, на старших курсах зростала частка негативних відповідей, особливо серед жінок, також збільшувалася

частка наявності пізніх болів у чоловіків 6-го курсу.

Аналіз відповідей студентів ЧНУ показав, що болі у животі не турбують. Водночас, голодні болі частіше згадували студенти молодших курсів. Зокрема, на 2-му курсі факультету історії 37,5% жінок, 27,2% жінок на 1-му курсі педагогічного факультету, всі чоловіки 1-го курсу факультету іноземних мов теж дали таку відповідь. 50% жінок 2-го курсу економічного факультету вказали на наявність нічних болів. Подібні скарги також виказували 9% жінок 4-го курсу педагогічного факультету. У гендерному розрізі жінки частіше повідомляли про голодні болі, особливо на 1–2 курсах, 33,3% чоловіків 5-го курсу педагогіки також виказували скарги на голодні болі. У динаміці за курсами чітко простежувалась тенденція: на молодших курсах переважали скарги на болі, натомість на старших – респонденти частіше не зазначали жодного з описаних типів болю.

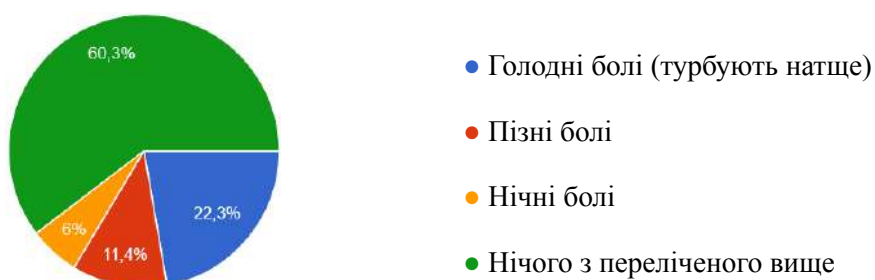


Рис. 3.2.1. Частота больового синдрому у студентів обох ВНЗ

Аналіз відповідей студентів БДМУ щодо болю за грудиною показав, що на 3-му курсі медичного факультету 41,6% студенток, 31,2% чоловіків 6-го курсу медичного факультету, 17,6% чоловіків на 5-му курсі стоматологічного факультету зазначали, що іноді відчували саме такий характер болю. Інколи біль за грудиною зазначали студенти педагогічного факультету ЧНУ: 36,3% жінок на 4-му курсі та 66,6% чоловіків на 5-му курсі. На технічному факультеті 50% чоловіків на 2-му курсі також обрали цей варіант, вказуючи на епізодичні прояви дискомфорту. Проте, 50% жінок на 2-му курсі економічного факультету

та 33,3% чоловіків на 5-му курсі юридичного факультету скаржились на щоденні прояви загрудинного болю. Гендерний аналіз показав, що жінки частіше обирали відповідь "Інколи", тоді як чоловіки мали вищі частки відповідей "Часто" або "Щоденно". Зокрема, 10% жінок 2-го курсу педагогічного факультету вказали на частий біль, тоді як серед чоловіків технічного факультету частота відповідей "Інколи" сягала 50%. У динаміці за курсами простежувалося зростання частоти симптомів на старших курсах.

У динаміці за курсами у студентів БДМУ відмічалось чітке зростання частоти болю в епігастрії на старших курсах навчання, особливо у чоловіків, що можливо пов'язано зі зростанням академічного навантаження. На 5-му курсі медико-психологічного факультету 33,3% жінок та лише 14,2% чоловіків обрали цю відповідь. Серед чоловіків 6-го курсу медичного факультету 68,7% зазначали, що біль в епігастрії турбував їх часто, а 48,8% жінок – тільки інколи. Схожа тенденція спостерігалась і серед чоловіків 5-го курсу стоматологічного факультету, де 64,7% обрали "Інколи", а 23,5% – "Часто". На факультеті медико-психологічного профілю також переважала відповідь "Інколи": 66,6% жінок і 28,5% чоловіків на 5-му курсі. Аналогічна ситуація спостерігалась і на 5-му курсі медико-фармацевтичного факультету серед жінок – 50% з них обирали "Інколи".

Аналіз відповідей студентів ЧНУ щодо болю в епігастрії показав, що саме чоловіків технічних факультетів інколи турбував цей вид болю: 60% на 5-му курсі фізико-технічного інституту та 42,8% на 6-му курсі. Варто відзначити, що 50% жінок на 2-му курсі економічного факультету обрали "Щоденно", а також 33,3% чоловіків на 5-му курсі юридичного факультету – той самий варіант. На педагогічному факультеті 66,6% чоловіків 5-го курсу вказували "Інколи", тоді як на факультеті іноземних мов 60% жінок 5-го курсу обрали ту ж відповідь. Юридичний факультет мав змішану динаміку: 66,6% чоловіків на 5-му курсі – "Інколи", 33,3% – "Щоденно". У динаміці за курсами спостерігався низький рівень болю на молодших курсах, тоді як на старших зростала частота болю, зокрема серед чоловіків технічного та юридичного факультетів.

Наявність характерного симптому – відрижки кислим – більшість студентів молодших курсів БДМУ не відмічали. Проте зі зростанням академічного / клінічного навантаження частота відрижки кислим зростала, особливо серед чоловіків. Часто турбувала відрижка 62,5% чоловіків і 20% жінок 6-го курсу медичного факультету, 29,4% чоловіків 5-го курсу стоматологічного факультету. На медико-психологічному факультеті 66,6% жінок 5-го курсу відрижка турбувала інколи, 42,8% чоловіків – часто турбувала, що могло бути пов'язано з психоемоційним навантаженням. Найвищий показник наявності часткої відрижки кислим фіксували чоловіки 6-го курсу медичного факультету – 62,5 %.

Аналіз відповідей студентів ЧНУ щодо відрижки кислим показав, що на старших курсах частіше зустрічалася відповідь "Інколи", зокрема серед чоловіків технічних спеціальностей – 57% на 6-му курсі фізико-технічного інституту. На 5-му курсі того ж інституту 20% чоловіків зазначили "Часто". Схожа ситуація була серед жінок факультету іноземних мов на 5-му курсі – 60 % відповідали "Інколи". Щоденно відрижка турбувала 50% жінок економічного факультету на 2-му курсі та 33,3% чоловіків юридичного факультету на 5-му курсі. Загалом на молодших курсах симптоми траплялись рідко, а на старших зростала частка відповідей "Інколи" та "Щоденно", особливо серед чоловіків технічних, юридичних та мовних спеціальностей.

Щодо наявності кислого присмаку в роті серед студентів БДМУ, переважна більшість респондентів обирали відповідь "Ніколи", особливо жінки на молодших курсах. Водночас серед чоловіків на старших курсах фіксувалося зростання частоти появи симптому: 62,5% студентів 6-го курсу медичного факультету та 35,2% 5-го курсу стоматологічного – "Часто". Відповідь "Інколи" частіше давали чоловіки 5-го курсу стоматологічного факультету (52,9%) та медико-фармацевтичного (66,6%). Жінки на 5-му курсі медичного факультету обирали "Інколи" у 46,6% випадків. Цікаво, що всі чоловіки 6-го курсу стоматологічного факультету зазначали "Інколи", тоді як їхні колеги з медичного факультету демонстрували найвищу частку "Часто". Гендерний аналіз показав,

що жінки переважно не стикалися з симптомом, хоча на 5-му курсі стоматологічного факультету 25% з них обирали "Часто". 62,5% чоловіків частіше повідомляли про регулярну появу присмаку, особливо на 6-му курсі медичного факультету.

Більшість студентів ЧНУ зазначали, що ніколи не стикалися з кислим присмаком у роті, але окремі групи (особливо на технічному та історичному факультетах) мають підвищені показники "Інколи" та "Часто". Таку відповідь дали 77,2% жінок 1-го курсу факультету педагогіки. На 5-му курсі інституту фізико-технічних наук 80% чоловіків обрали "Інколи", а на 2-му курсі факультету історії 62,5% жінок дали ту ж відповідь. Також 25% з них обрали "Часто", що свідчило про певну схильність до симптому на молодших курсах гуманітарних напрямів. Особливо критичні показники зафіксувалися серед жінок 2-го курсу економічного факультету, де 50% обрали "Щоденно". Аналогічно, на 6-му курсі факультету іноземних мов усі чоловіки – повідомили про регулярне виникнення кислого присмаку ("Часто"), хоча на 5-му курсі цей показник становив лише 100% за відповіддю "Інколи", що демонструє різкий стрибок симптоматики.

Частота наявності печії у студентів БДМУ різко зростає серед чоловіків на старших курсах, особливо на медичному та стоматологічному факультетах – відповідь "Інколи" була зафіксована у 52,9% чоловіків 5-го курсу стоматологічного факультету та 44,4% жінок 6-го курсу медичного факультету. Найвищі показники "Часто" спостерігались серед чоловіків старших курсів. Так, 75% студентів 6-го курсу медичного факультету та 41% студентів 5-го курсу стоматологічного факультету повідомляли про часту печію. Ще одним помітним випадком стали 57% чоловіків 5-го курсу медико-психологічного факультету, які також обирали цю відповідь. Жінки, особливо на молодших курсах, рідко скаржилися на печію, але з віком частота симптомів зростала.

Аналіз даних щодо частоти печії серед студентів ЧНУ показав, що переважна більшість опитаних, особливо на молодших курсах, обирали відповідь "Ніколи". На старших курсах частішими ставали відповіді "Інколи".

Зокрема, 60% жінок і 100% чоловіків на 5-му курсі факультету іноземних мов та 40,9% жінок на 4-му курсі педагогічного факультету обирали цю відповідь. У чоловіків на 5-му курсі юридичного факультету цей показник становив 66,6%, а на 4-му курсі історичного факультету – 100%. Випадки частого або щоденного виникнення печії зустрічалися рідше, але іноді сягали високих значень. Так, 50% жінок на 2-му курсі економічного факультету повідомляли про щоденну печію, а 28,5% чоловіків на 6-му курсі фізико-технічного інституту – про часту. Найбільш виражені симптоми спостерігалися на економічному факультеті (50% жінок – "Щоденно"), у фізико-технічному інституті (28,5% чоловіків – "Часто") та на факультеті іноземних мов (60% жінок – "Інколи"). У чоловіків частота симптомів зростала на старших курсах.

Наявність гикавки відмічали студенти старших курсів БДМУ. Наприклад, на 5-му курсі медичного факультету таку відповідь обрали 80% жінок і 60% чоловіків, а на 6-му курсі – 66,6% жінок і 56,2% чоловіків, також на 5-му курсі стоматологічного факультету 70,5% чоловіків, та 85,7% чоловіків медико-психологічного факультету 5-го курсу. Менш поширеними, але важливими були відповіді "Часто" та "Щоденно". На 6-му курсі медичного факультету 37,5% чоловіків зазначили "Часто", а на 5-му курсі стоматологічного факультету таких було 17,6%. Серед жінок цей симптом також фіксувався, але рідше — наприклад, 15,5% на 6-му курсі медичного факультету.

Серед студентів ЧНУ інколи турбувала гикавка жінок на молодших курсах: 72,7% першокурсниць педагогічного факультету та 75% студенток 2-го курсу історичного факультету. Подібну динаміку демонстрували і студенти старших курсів – наприклад, 80% чоловіків 5-го курсу та 57% на 6-му курсі фізико-технічного інституту. Рідкісними, але важливими були відповіді "Часто" та "Щоденно". Критичним випадком став 2-й курс економічного факультету, де 50% жінок обрали "Щоденно".

Серед студентів БДМУ найпоширенішою відповіддю на запитання про частоту зригування їжею була "Ніколи", особливо серед молодших курсів. Частота зригування їжею зростала на старших курсах, особливо серед чоловіків

медичних та стоматологічних спеціальностей. На 5-му курсі стоматологічного факультету 70,5% чоловіків обрали відповідь "Інколи", а серед чоловіків 5-го курсу медико-психологічного факультету таких було 71,4%. На 6-му курсі медичного факультету вже 34,3% чоловіків та на 5-му курсі стоматологічного факультету 17,6% чоловіків обрали "Часто", що є найвищим показником серед усіх груп. Серед жінок цей симптом також проявлявся частіше на старших курсах – 40% респонденток 5-го курсу медичного факультету обрали "Інколи". Рідкісною, але важливою виявилася відповідь "Щоденно", яку на 5-му курсі медико-фармацевтичного факультету обрали 11% чоловіків.

Зригування їжею турбувало інколи 80% жінок та 100% чоловіків 5-го курсу факультету іноземних мов ЧНУ, а також 60% чоловіків 5-го курсу фізико-технічного інституту. На 6-му курсі цього ж інституту 57% чоловіків також повідомили про симптоми зригування час від часу. Зокрема, на 2-му курсі економічного факультету 50% жінок повідомили про щоденне зригування, що є найвищим показником серед усіх груп. Таким чином, зригування їжею найменше турбувало студентів молодших курсів, тоді як серед старшокурсників, особливо технічного і мовного факультетів.

Серед студентів БДМУ на запитання щодо гіркоти у роті найчастіше зустрічалася відповідь "Ніколи", проте на 2-му курсі понад половина (55,5%) жінок уже відзначали гіркоту у роті "Інколи". На старших курсах спостерігалось зростання частоти симптому, зокрема 58,8% чоловіків 5-го курсу стоматологічного факультету обирали "Інколи", а 35,2% – "Часто". Подібну тенденцію продемонстрували й студенти медико-фармацевтичного факультету – 55,5% чоловіків на 5-му курсі обрали "Інколи", а 11% – "Щоденно". Найвищі показники "Часто" зафіксували серед чоловіків 6-го курсу медичного факультету – 50%, що, ймовірно, свідчить про наслідки клінічного навантаження. У той же час, 75% чоловіків 4-го курсу цього ж факультету обирали "Ніколи", що вказувало на різкий контраст залежно від курсу. Отже, гіркота у роті рідко турбувала студентів молодших курсів, однак поступово частішала у чоловіків старших курсів, особливо в медичних і стоматологічних

напрямках.

Студентів ЧНУ інколи турбувала гіркота у роті, саме старшокурсників. Так, на 5-му курсі факультету іноземних мов 60% жінок і 100% чоловіків повідомили про періодичне виникнення гіркоти. Схожі показники були зафіксовані серед чоловіків фізико-технічного інституту: 60% на 5-му курсі та 42,8% на 6-му курсі. На факультеті історії всі чоловіки 5-го курсу також обирали "Інколи". Відповіді "Часто" та "Щоденно" були рідкісними – 50% жінок 2-го курсу економічного факультету вказували, що гіркота турбувала їх щодня. Одиначний випадок "Часто" зафіксували у чоловіка 1-го курсу факультету іноземних мов. Таким чином, гіркота у роті найменше турбувала студентів на молодших курсах, однак із підвищенням курсу, особливо серед студентів технічних і гуманітарних спеціальностей, симптоми фіксувалися частіше.

Серед студентів БДМУ здуття живота найчастіше турбувало у формі періодичного симптому. Відповідь "Інколи" переважала серед жінок на медичному факультеті – 55,5% на 2-му курсі та 51% на 6-му курсі. Серед чоловіків найвищий показник "Інколи" зафіксовано на 5-му курсі медико-фармацевтичного факультету – 66,6%. На старших курсах зростала частота відповіді "Часто", зокрема серед чоловіків: 62,5% на 6-му курсі медичного факультету, 35,2% на 5-му курсі стоматологічного, 57 % чоловіків медико-психологічного факультету. Серед жінок найвищий показник – 50% на 5-му курсі медико-фармацевтичного факультету. Водночас 25% жінок 3-го курсу медичного факультету, 11,7% чоловіків стоматологічного факультету обрали "Щоденно". Отже, симптом здуття живота найвищі значення відповідей "Часто" та "Щоденно" зустрічалися переважно на старших курсах серед чоловіків та жінок медико-фармацевтичного профілю.

Студенти ЧНУ найчастіше надавали перевагу відповідям "Інколи" щодо наявності здуття живота. Так, на 1-му курсі педагогічного факультету таку відповідь обрали 59% студенток, а на 5-му курсі філологічного – 100%. На старших курсах технічних факультетів зростала частота відповіді "Часто",

зокрема, 57% чоловіків 6-го курсу фізико-технічного інституту. Крім того, критичний показник зафіксовано серед студенток 2-го курсу економічного факультету – 50% із них обрали "Щоденно". Серед чоловіків найвищу частоту "Інколи" зареєстрували на 5-му курсі фізико-технічного інституту – 80%, а також на 1-му курсі факультету іноземних мов – 100%. Для жінок високі показники "Інколи" були характерні не лише для молодших курсів, а й для 6-го курсу педагогічного факультету – 75%. Отже, здуття живота частіше турбувало студентів у вигляді періодичного симптому, особливо на початкових курсах і серед жінок, у той час як на старших курсах, зокрема технічних спеціальностей, симптом набував більшої регулярності.

3.3. Результати діагностики КЗЗ у респондентів

Серед студентів БДМУ було проведено 57 рН-метрій, що у 3,6 рази більше, ніж у ЧНУ. Зокрема, серед жінок – 15 випадків (26,3%) та чоловіків – 42 випадки (73,7%). На 5-6 роках навчання зафіксовано майже 90% усіх випадків, 36 випадків (63,2%) припадає саме на 6-й курс. Із загальної кількості виявлених випадків: 40 випадків (70,1%) припадало саме на медичний факультет, 9 випадків (15,8%) – на стоматологічний факультет, 5 випадків (8,8%) – на медико-психологічний факультет, і 3 випадки (5,3%) – на медико-фармацевтичний факультет (Додаток 3, Рис. 1).

У той же час переважна більшість студентів ЧНУ (99%) не проходила рН-метрію шлунку та стравоходу. З діагностичною метою рН-метрія проведена лише у 16 студентів ЧНУ, з них 11 випадків (68,8%) – жінки, 5 випадків (31,2%) – чоловіки. Найбільше обстежень зафіксовано на 3-му курсі – 5 випадків (31,2%), а найменше на 6-му курсі – 1 випадок (6,2%). Це свідчить про те, що студенти ЧНУ рідше звертаються за діагностикою. Спостерігається різниця відмінність у гендерному розподілі: якщо в ЧНУ більше обстежувались жінки (68,8%), то в БДМУ майже три чверті випадків припадало на чоловіків (73,7%). Більше половини обстежень (56,4%) припадало на факультет педагогіки,

психології та соціальної роботи, друге місце посідав факультет іноземних мов (18,8%) (Додаток 3, Рис. 2).

Ендоскопічне дослідження (ЕГДФС) верхніх відділів ШКТ проводилось у 75 студентів БДМУ, що у 3,1 рази більше, ніж у студентів ЧНУ. Більше половини всіх випадків зафіксовано на 5 та 6 курсі – 17 випадків (22,7%) та 40 випадків (53,3%) відповідно. Розподіл за факультетами: медичний факультет – 56 випадків (74,7%), стоматологічний факультет – 9 випадків (12%), медико-психологічний факультет – 7 випадків (9,3%), медико-фармацевтичний факультет – 3 випадки (4%). Більшість випадків проведення ендоскопії припадає на чоловіків – 45 випадків (60%), жінки – 30 випадків (40%) (Додаток 3, Рис. 3).

Менше проводилось ендоскопічних обстежень студентами ЧНУ. Тільки 24 студента вказали про проведення цього діагностичного методу, з них 19 жінок (79,2%), чоловіки – 5 випадків (20,8%). Найбільше обстежувались третьокурсники – 9 випадків (37,5%). Найбільше ЕГДФС було проведено серед студентів факультету педагогіки, психології та соціальної роботи: 15 випадків (62,4%) (Додаток 3, Рис. 4).

В обох закладах спостерігається тенденція до збільшення кількості обстежень на старших курсах, особливо на випускних (5-6 курси), проте в БДМУ ця тенденція виражена значно сильніше.

Діагностування наявності рефлюксу вказали 17 студентів: 8 студентів-медиків, у ЧНУ – 9 респондентів. У БДМУ більше діагностовано рефлюкс серед чоловіків (62,5%), тоді як серед жінок – 3 випадки (37,5%). Спостерігалось більше випадків на 6-му курсі – 4 випадки (50%), більшість серед студентів медичного факультету – 7 (87,5%).

У ЧНУ переважна більшість випадків рефлюксів відмічалось серед жінок – 7 (77,8%), а серед чоловіків – лише 2 випадки (22,2%). Випадки рефлюксу розподілені відносно рівномірно між курсами, з невеликим підвищенням на 2-му курсі. Більше половини всіх випадків рефлюксу зафіксовано на факультеті педагогіки, психології та соціальної роботи – 5 випадків (55,6%).

У рамках дослідження щодо діагностування ознак гастриту (зокрема, гіперемії слизової оболонки шлунка або дванадцятипалої кишки) було зафіксовано 12 випадків серед студентів ЧНУ. Простежується чітке гендерне домінування: 75% випадків (9 осіб) припадає на жінок, і лише 25% (3 особи) – на чоловіків. Половина всіх випадків (50%) зосереджена саме на 2-3 курсах. Інші курси мають значно менший відсоток випадків: на 1-му та 5-му курсах зафіксовано по одному випадку (8,3%), а на 4-му та 6-му – по 2 випадки (16,8%) (Додаток 3, Рис. 5).

Водночас у БДМУ кількість діагностованих гастритів виявилася у 3,4 рази більшою. Тут зафіксовано 41 випадок, на медичний факультет припадає 34 (83%) випадки. Гендерний розподіл серед студентів є майже рівномірним: жінки – 48,8% (20 осіб) та 51,2% (21 особа) – чоловіки. Найвища частка спостерігається серед студентів 6-го курсу – 21 випадок, що становить 51,2% (Додаток 3, Рис. 6).

У студентів БДМУ було діагностовано 15 випадків ерозивних уражень слизової оболонки шлунка або дванадцятипалої кишки. Дані свідчать про значне переважання наявності ерозивних змін у чоловіків – 10 (66,7%), тоді як у жінок – 5 випадків (33,3%). Найбільша кількість випадків спостерігається серед студентів 6 курсу – 7 осіб (46,6%). Інші курси розподілилися наступним чином: 5 курс – 3 випадки (20%), 4 курс – 2 випадки (13,3%) 1, 2 і 3 курси – по 1 випадку кожен (6,7%). Щодо факультетського розподілу, найбільша кількість випадків зафіксована серед студентів медичного факультету – 12 (80%). Інші факультети представлені меншою кількістю випадків: медико-психологічний факультет – 2 випадки (13,3%), стоматологічний факультет – 1 випадок (6,7%) (Додаток 3, Рис. 7).

У ЧНУ було зафіксовано тільки 6 випадків ерозивних уражень шлунка або дванадцятипалої кишки – серед зареєстрованих випадків частіше діагностувалось у жінок – 5 (83,3%). Найбільша кількість випадків припадає на студентів 2 та 3 курсів – по 2 випадки (33,3%) на кожному. Інші курси представлені одиничними випадками: 1 курс – 1 випадок (16,7%) 6 курс – 1

випадок (16,7%) Розгляд розподілу за факультетською належністю показав наступні результати: факультет педагогіки, психології та соціальної роботи – 3 випадки (49,9%), факультет математики та інформатики – 1 випадок (16,7%), економічний факультет – 1 випадок (16,7%), факультет іноземних мов – 1 випадок (16,7%) (Додаток 3, Рис. 8).

Цікаво зазначити, що загальна кількість випадків виявлених ерозивних змін серед студентів БДМУ у 2,5 рази більша, ніж у ЧНУ. При цьому спостерігається протилежна тенденція у гендерному розподілі: у ЧНУ переважна більшість випадків припадає на жінок, тоді як у БДМУ приблизно дві третини випадків зареєстровано серед чоловіків.

У студентів БДМУ було зафіксовано 31 випадок діагностування виразкової хвороби шлунка або дванадцятипалої кишки, при чому більше у чоловіків – 20 випадків (64,5%), 11 випадків (35,5%) – жінки. Найвищий рівень захворюваності на виразкову хворобу виявлено серед студентів старших курсів: 6 курс – 16 випадків (51,6%), 5 курс – 11 випадків (35,5%), 2 курс – 3 випадки (9,7%), 4 курс – 1 випадок (3,2%). Випадки виразкової хвороби розподілилися між факультетами таким чином: медичний факультет – 19 випадків (61,2%), стоматологічний факультет – 6 випадків (19,4%), медико-психологічний факультет – 3 випадки (9,7%), медико-фармацевтичний факультет – 3 випадки (9,7%) (Додаток 3, Рис. 9).

Співвідношення випадків між закладами показує, що в БДМУ кількість діагностованих випадків у 4,4 рази більша, ніж у ЧНУ – тут зафіксовано 7 випадків виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Серед зареєстрованих випадків: жінки становлять 4 випадки (57,1%), чоловіки – 3 випадки (42,9%). Найвищий показник спостерігається серед студентів 5 курсу – 3 випадки (42,8%), інші курси розподілилися наступним чином: 2 курс – 2 випадки (28,6%), 1 та 4 курси – по 1 випадку (14,3%). Випадки виразкової хвороби в ЧНУ мають рівномірний розподіл між різними факультетами: факультет іноземних мов – 2 випадки (28,5%), факультет математики та інформатики – 1 випадок (14,3%), економічний факультет – 1 випадок (14,3%),

географічний факультет – 1 випадок (14,3%), юридичний факультет – 1 випадок (14,3%), інститут фізико-технічних та комп'ютерних наук – 1 випадок (14,3%) (Додаток 3, Рис.10).

Варто зазначити, що студенти, в яких були діагностовані гастрити і виразкова хвороба, на жаль, не вказали дані щодо виявлення у них наявності *Helicobacter pylori*.

3.4. Аналіз даних щодо фармакотерапії, яку застосовували респонденти для лікування КЗЗ

У ході дослідження було проаналізовано особливості використання медикаментозних засобів для полегшення симптомів гастроентерологічних порушень, а також прийом медикаментів, які мають подразнюючий ефект на слизову оболонку шлунка і ДПК та препаратів, які знижують тонус стравохідного сфінктера (продовжані нітрати, антагоністи кальцію, теофілін, седативні препарати).

Зокрема, 121 опитуваний студент БДМУ (57,1%) повідомив, що не приймав жодних медикаментів, що може свідчити як про відносно легкий перебіг симптомів, так і про нехтування необхідністю лікування. Водночас 41 респондент (19,4%) використовує монотерапію, обираючи переважно такі препарати, як інгібітори протонної помпи (Омепразол, Рабепразол), які приймає 19 опитаних (9%), або антациди (Маалокс, Алмагель, Гавіскон), які застосовують 11 студентів (5,2%). Менш популярними є Н₂-блокатори (Ранітидин, Фамотидин) – 5 студентів (2,4%) та харчова сода або Ренні – 6 (2,8%). Особливо варто відзначити, що майже чверть студентів (23,6%) використовують комбіновану терапію – поєднання антацидів, Н₂-блокаторів та інгібіторів протонної помпи.

У ЧНУ результати показали, що переважна більшість студентів 189 (86,3%) – не приймають жодних препаратів для зменшення симптомів, що може свідчити про легкість перебігу порушень, недостатнє усвідомлення потреби в лікуванні або відсутність системного підходу до власного здоров'я. Незважаючи

на це, 23 студенти (10,5%) все ж використовують монотерапію, найчастіше у вигляді антацидів (Маалокс, Алмагель, Гавіскон), які обрали 9 опитуваних (4,1%). Також відносно поширеним варіантом є використання харчової соди або препарату Ренні – 8 опитаних (3,7%). Менш популярними серед студентів ЧНУ виявилися Н2-блокатори (Ранітидин, Фамотидин), які застосовують лише 4 респондентів (1,8%), а інгібітори протонної помпи (Рабепразол, Омепразол) – 2 (0,9%). Окрему категорію становлять ті, хто обрав комбіновану терапію – 7 студентів (3,2%). Таким чином, студенти ЧНУ загалом значно рідше вдаються до медикаментозної корекції симптомів у порівнянні зі студентами БДМУ.

У межах дослідження, проведеного серед студентів було проаналізовано частоту тривалого прийому медикаментозних препаратів. Згідно з отриманими результатами, більшість студентів БДМУ – 61,3% (130 осіб) – не приймають лікарських засобів на постійній основі, що може свідчити про загальний стабільний стан здоров'я, або про відсутність діагностованих хронічних патологій. Водночас частина респондентів регулярно приймає медикаменти. Найчастіше серед засобів монотерапії використовуються нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) – 21 студент (9,9%). Дещо менше студентів – по 4,7% – вказали на регулярне застосування антидепресантів і глюкокортикоїдів (по 10 осіб), а прогестерони приймає 9 опитуваних (4,2%). Особливої уваги заслуговує той факт, що 15,1% студентів (32 особи) повідомили про комбіновану медикаментозну терапію. Найпоширенішими комбінаціями виявилися: антидепресанти з прогестеронами (3,3%), НПЗП з антидепресантами (3,3%) та НПЗП з глюкокортикоїдами (2,3%). Студенти БДМУ антидепресанти використовують значно частіше – у 5,2 рази більше. Також рівень використання глюкокортикоїдів є втричі вищим, що може свідчити про більший рівень супутніх патологій серед студентів-медиків.

У ЧНУ згідно з результатами опитування, 176 студентів (80,4%) не приймають жодних медикаментів на постійній основі. Разом із тим, 22 студенти (10,1%) регулярно застосовують НПЗП у форматі монотерапії. Прогестерони як окремий лікарський засіб тривало приймають 8 осіб (3,7%), тоді як

антидепресанти та глюкокортикоїди застосовують по 2 студенти (0,9%) у кожній із груп. Таким чином, найбільш поширеною формою терапії залишається саме використання НПЗП. Ще 9 студентів (4,1%) повідомили про застосування комбінованої терапії, серед яких найпоширенішою комбінацією виявилася НПЗП + антидепресанти, яку обрали 3 студенти (1,3%). Інші варіанти комбінацій зустрічалися поодинокі: НПЗП + антидепресанти + глюкокортикоїди – 1 випадок (0,4%), НПЗП + антидепресанти + глюкокортикоїди + нітрати – також 1 випадок (0,4%). Ще 2 студенти (0,9%) поєднували НПЗП із прогестеронами.

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

У результаті проведеного дослідження було отримано значний масив кількісних і якісних даних щодо чинників ризику, способу життя, харчових звичок, клінічної симптоматики та діагностичних особливостей студентів БДМУ та ЧНУ. Аналіз отриманої інформації дозволив виявити важливі закономірності, що свідчать про наявність загроз для здоров'я молоді, зокрема щодо розвитку кислотозалежних захворювань (КЗЗ) шлунково-кишкового тракту.

Перш за все, було встановлено, що незважаючи на відносно високий рівень усвідомленого ставлення до здоров'я (понад 80% респондентів не палили і не зловживають алкоголем), з віком та просуванням по курсах зростала частота вживання алкогольних напоїв, особливо серед чоловіків. Жінки демонстрували більш стабільні показники утримання від шкідливих звичок, але на старших курсах спостерігалось зростання частоти вживання алкоголю й серед них. Подібна тенденція характерна і для паління – чим старший курс, тим більша частка курців, зокрема серед студентів технічних та медичних спеціальностей.

Щодо харчової поведінки, найчастішими порушеннями серед обох вибірок були: нерегулярне харчування, споживання їжі безпосередньо перед сном, нічні перекуси, перевага жирної, смаженої їжі та фастфуду. У гендерному розрізі чоловіки частіше порушували режим харчування, тоді як жінки вказували на нерегулярне або "інколи" дотримання режиму. У динаміці спостерігалася тенденція до погіршення харчової поведінки на старших курсах, що, ймовірно, пов'язано з підвищеним навчальним навантаженням, стресами та нестачею часу.

Окремо слід відзначити рівень фізичної активності: він виявився вищим серед чоловіків, особливо на факультетах технічного та фізичного профілю. У той же час серед студентів-медиків регулярне фізичне навантаження траплялося рідко, що може бути додатковим фактором ризику КЗЗ.

Антропометричний аналіз показав закономірне зростання маси тіла та ІМТ зі збільшенням курсу. Хоча середні значення ІМТ залишались у межах норми для більшості респондентів, серед студентів ЧНУ старших курсів фіксувалися випадки надмірної ваги. Показово, що у студентів БДМУ значення ІМТ залишались ближчими до нормативних, що може свідчити про кращу обізнаність у питаннях здоров'я та харчування.

Аналіз клінічної симптоматики свідчив про поширеність таких симптомів КЗЗ, як епігастральний біль, печія, відрижка, гіркота в роті та здуття живота. При цьому серед студентів медичних спеціальностей частота скарг була вищою. У гендерному аспекті жінки частіше скаржилися на "голодні" болі, тоді як чоловіки – на "пізні" та "нічні" болі. Динаміка за курсами також показала, що на старших курсах частіше виникає біль за грудниною та епігастрії.

Окрім симптоматичних проявів, були виявлені підтверджені випадки КЗЗ. Серед студентів БДМУ зареєстровано:

- 41 випадок гастриту, переважно на 6 курсі;
- 31 випадок виразкової хвороби шлунка або ДПК, з них 64,5% у чоловіків;
- 15 випадків ерозивних уражень слизової, з них 66,7% – у чоловіків.

Найбільша кількість випадків припадала на студентів медичного факультету БДМУ (до 70% загальної кількості). Більшість випадків виявлено на 5–6 курсах, що свідчить про кумулятивний вплив несприятливих факторів впродовж навчання.

У ЧНУ діагностовано значно менше випадків:

- 12 випадків гастриту, переважно у жінок;
- 7 випадків виразкової хвороби, найбільше – на 5 курсі;
- 6 випадків ерозій, переважно на гуманітарних спеціальностях.

Загалом, результати дослідження підтверджують тісний зв'язок між способом життя, харчовими звичками та появою клінічних проявів і встановлених діагнозів КЗЗ. Усі виявлені чинники – шкідливі звички, порушення режиму харчування, низька фізична активність, споживання подразнюючих продуктів – у сукупності значно підвищують ризик розвитку

захворювань шлунково-кишкового тракту.

Таким чином, отримані результати можуть бути використані для розробки профілактичних програм серед студентської молоді, спрямованих на корекцію способу життя, формування здорових харчових звичок та раннє виявлення ознак КЗЗ з метою попередження їхнього прогресування.

ВИСНОВКИ

1. У ході дослідження проаналізовано вплив способу життя, харчових звичок, наявності шкідливих звичок, фізичної активності та клінічних проявів на поширеність кислотозалежних захворювань (КЗЗ) серед студентів БДМУ та ЧНУ. Було встановлено, що ці чинники тісно пов'язані з розвитком гастриту, виразкової хвороби, ерозивних уражень шлунково-кишкового тракту.

2. Серед студентів-медиків БДМУ виявлено вищу обізнаність щодо стану власного здоров'я, що виявилось у більшій кількості звернень до діагностичних процедур. У результаті було виявлено 87 випадків КЗЗ, з них: 41 – гастрит, 31 – виразкова хвороба, 15 – ерозії. Найвища частота спостерігалась на 5–6 курсах медичного факультету.

3. У студентів ЧНУ кількість діагностованих КЗЗ суттєво нижча – 25 випадків: 12 – гастрит, 7 – виразкова хвороба, 6 – ерозії. Більшість із них виявлено серед жінок гуманітарних спеціальностей. Така різниця може бути пов'язана як з нижчою клінічною настороженістю, так і з меншим доступом до спеціалізованих обстежень.

4. Спосіб життя студентів обох університетів характеризується широким розповсюдженням харчових та поведінкових факторів ризику: нерегулярне харчування, нічні перекуси, вживання їжі перед сном, перевага висококалорійних продуктів, низька фізична активність. Особливо це характерно для чоловіків старших курсів.

5. Клінічна симптоматика КЗЗ, зокрема епігастральний біль, печія, здуття, частіше реєструвалася у студентів-медиків, особливо серед чоловіків 5–6 курсів, що може бути пов'язано з навчальним стресом, тривалістю несприятливого

впливу чинників і кращим розумінням симптомів.

6. Дослідження підкреслює необхідність впровадження цілеспрямованих профілактичних заходів у закладах вищої освіти, зокрема: популяризації здорового харчування, підвищення рівня фізичної активності, зниження шкідливих звичок, проведення освітніх заходів з питань збереження шлунково-кишкового здоров'я.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати дослідження свідчать про нагальну потребу впровадження профілактичних, діагностичних та освітніх програм у закладах вищої освіти. Ці заходи мають бути спрямовані на формування здорового способу життя, раціонального харчування, підвищення рівня фізичної активності, зниження поширеності шкідливих звичок та підвищення обізнаності студентів щодо ранніх проявів та профілактики КЗЗ. Забезпечення таких підходів сприятиме збереженню і зміцненню здоров'я студентської молоді, що є важливою умовою успішної професійної реалізації та загального добробуту майбутніх фахівців.

Основні рекомендації включають:

- Популяризацію здорового способу життя: регулярне харчування, відмова від фастфуду, зменшення вживання кофеїну, алкоголю та енергетичних напоїв, відмова від куріння.
- Профілактику стресу: впровадження програм психоемоційної підтримки для студентів, зменшення навчального перевантаження, розвиток навичок тайм-менеджменту.
- Організація скринінгових програм: регулярне медичне обстеження студентів для раннього виявлення КЗЗ та інфекції *Helicobacter pylori*.
- Рекомендації щодо фармакотерапії: обґрунтоване застосування інгібіторів протонної помпи, прокінетиків та препаратів, що захищають слизову оболонку, відповідно до клінічної ситуації.

- Покращення санітарно-просвітницької роботи: проведення інформаційних кампаній у закладах вищої освіти щодо симптомів КЗЗ, важливості раннього звернення до лікаря та дотримання призначеного лікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Capdevila-Gaudens P., García-Abajo J. M., Flores-Funes D., García-Barbero M., García-Estañ J. Depression, anxiety, burnout and empathy among Spanish medical students. PLoS One. 2021;16(12):e0260359. DOI: 10.1371/journal.pone.0260359.
2. Koloski N., Holtmann G., Talley N. J. Is there a causal link between psychological disorders and functional gastrointestinal disorders? Expert Review of Gastroenterology & Hepatology. 2020;14(11):1047-1059. DOI: 10.1080/17474124.2020.1801414.
3. Журавльова Л. В., Шеховцова Ю. О. Етіопатогенетичні аспекти формування функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту: акцент на зміни кишкової проникності (огляд). Сучасна гастроентерологія. 2021;2:79-86. DOI: 10.30978/MG-2021-2-79.
4. Казарян Л. В. Предиктори розвитку функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей шкільного віку та підлітків [автореферат]. Харків; 2024. 20 с.
5. Кошурба І. В., Гладких Ф. В., Чиж М. О. Вплив гормонального статусу на гепатотропну дію езомепразолу, кларитроміцину та метронідазолу при хронічному ураженні печінки і введенні кріоекстракту плаценти. Гастроентерологія. 2023;57(2):78-84. DOI: 10.22141/2308-2097.57.2.2023.535.
6. Нікіфорова Я. В. Роль і місце домперидону в сучасній практиці лікарів. Огляд можливостей вибору на сучасному етапі. Сучасна гастроентерологія. 2020;6:34-42. DOI: 10.30978/MG-2020-6-34.
7. Ткач С. М., Дорофєєв А. Є. Ведення хворих із хронічним абдомінальним болем унаслідок розладів взаємодії кишечник - мозок. Огляд. Сучасна гастроентерологія. 2022;5-6:40-46. DOI: 10.30978/MG-2022-5-46.
8. Andrés Moreno A. M., Ramos Boluda E., Hernández Oliveros F. Pediatric intestinal failure: an update. Cirugía Pediátrica. 2023;36(3):97-109. DOI: 10.54847/cp.2023.03.09.

9. Black C. J., Drossman D. A., Talley N. J., Ruddy J., Ford A. C. Functional gastrointestinal disorders: advances in understanding and management. *The Lancet*. 2020;396(10263):1664-1674. DOI: 10.1016/s0140-6736(20)32115-2.
10. Germán-Díaz M., Alcolea A., Cabello V., Blasco-Alonso J., Rodríguez A., Galera R., et al. Early use of teduglutide in paediatric patients with intestinal failure is associated with a greater response rate: a multicenter study. *European Journal of Pediatrics*. 2024;183(8):3173-3182. DOI: 10.1007/s00431-024-05577-5.
11. Ionescu V. A., Gheorghe G., Georgescu T. F., Bacalbasa N., Gheorghe F., Diaconu C. C. The Latest Data Concerning the Etiology and Pathogenesis of Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Clinical Medicine*. 2024;13(17):5124. DOI: 10.3390/jcm13175124.
12. Jackman L., Arpe L., Thapar N., Rybak A., Borrelli O. Nutritional Management of Pediatric Gastrointestinal Motility Disorders. *Nutrients*. 2024;16(17):2955. DOI: 10.3390/nu16172955.
13. Jensen M. M., Marker S., Do H. Q., Barbateskovic M., Perner A., Møller M. H. Prophylactic acid suppressants in children in the intensive care unit: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2021;65(3):292-301. DOI: 10.1111/aas.13731.
14. Kocic M., Rasic P., Marusic V., Prokic D., Savic D., Milickovic M., et al. Age-specific causes of upper gastrointestinal bleeding in children. *World Journal of Gastroenterology*. 2023;29(47):6095-6110. DOI: 10.3748/wjg.v29.i47.6095.
15. Krasaelap A., Kovacic K., Goday P. S. Nutrition Management in Pediatric Gastrointestinal Motility Disorders. *Nutrition in Clinical Practice*. 2020;35(2):265-272. DOI: 10.1002/ncp.10319.
16. Kröger S., Repo M., Hiltunen P., Vornanen M., Huhtala H., Kivelä L., et al. Differential diagnosis and long-term outcomes of non-atrophic duodenal changes in children. *Frontiers in Pediatrics*. 2022;10:982623. DOI: 10.3389/fped.2022.982623.
17. Lambe C., Talbotec C., Kapel N., Barbot-Trystram L., Brabant S., Nader E. A., et al. Long-term treatment with teduglutide: a 48-week open-label single-center

clinical trial in children with short bowel syndrome. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2023;117(6):1152-1163. DOI: 10.1016/j.ajcnut.2023.02.019.

18. O'Donnell J. E. M., Purcell M., Mousa H., Dall'Oglio L., Rosen R., Faure C., et al. Clinician Knowledge of Societal Guidelines on Management of Gastrointestinal Complications in Esophageal Atresia. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2021;72(2):232-238. DOI: 10.1097/mpg.0000000000002945.

19. Oshima T. Biologic Therapies Targeting Eosinophilic Gastrointestinal Diseases. *Internal Medicine*. 2023;62(23):3429-3430. DOI: 10.2169/internalmedicine.1911-23.

20. Peinado Fabregat M. I., Gardner R. M., Hassan M. A., Kappahn K., Yeh A. M. Small Intestinal Bacterial Overgrowth in Children: Clinical Features and Treatment Response. *JPGN Reports*. 2022;3(2):e185. DOI: 10.1097/pg9.0000000000000185.

21. Mbadu Mbuzi E., Weber I. P., Humair J. P., Gillabert C., Bastid C. Dyspepsia: a more complex approach. *Revue Médicale Suisse*. 2022;18(797):1784-1787. DOI: 10.53738/revmed.2022.18.797.1784.

22. Ford A. C., Mahadeva S., Carbone M. F., Lacy B. E., Talley N. J. Functional dyspepsia. *The Lancet*. 2020;396(10263):1689-1702. DOI: 10.1016/s0140-6736(20)30469-4.

23. Voirol-Perrin J., Stamm G. M., Salvador Nunes L., Schoepfer A. Functional dyspepsia: update 2023. *Revue Médicale Suisse*. 2023;19(839):1554-1557. DOI: 10.53738/revmed.2023.19.839.1554.

24. Gallas S., Knaz H., Methnani J., Maatallah Kanzali M., Koukane A., Bedoui M. H., et al. Prevalence and risk factors of functional gastrointestinal disorders in early period medical students: a pilot study in Tunisia. *Libyan Journal of Medicine*. 2022;17(1):2082029. DOI: 10.1080/19932820.2022.2082029.

25. Mounsey A., Barzin A., Rietz A. Functional Dyspepsia: Evaluation and Management. *American Family Physician*. 2020;101(2):84-88.

26. Medić B., Babić Ž., Banić M., Ljubičić L. Modern approach to dyspepsia. *Acta Clinica Croatica*. 2021;60(4):731-738. DOI: 10.20471/acc.2021.60.04.21.
27. Wauters L., Dickman R., Drug V., Mulak A., Serra J., Enck P., et al. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. *United European Gastroenterology Journal*. 2021;9(3):307-331. DOI: 10.1002/ueg2.12061.
28. Kamada T., Satoh K., Itoh T., Ito M., Iwamoto J., Okimoto T., et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2020. *Journal of Gastroenterology*. 2021;56(4):303-322. DOI: 10.1007/s00535-021-01769-0.
29. Губергріц Н. Б. Диспепсія при функціональних та органічних захворюваннях органів травлення: між Сціллою і Харібдою. *Вісник Клубу Панкреатологів*. 2022;2-3:6-15.
30. Кравченко Т. Ю., Копійка Г. К., Зарецька В. В. Функціональна диспепсія в дітей (огляд літератури). *Сучасна педіатрія. Україна*. 2023;4:85-90. DOI: 10.15574/SP.2023.132.85.
31. Руденко М. М. Функціональна диспепсія: різні механізми – різне лікування. *Мистецтво лікування*. 2020;3:57-60.
32. Ткач С. М., Харченко Н. В., Дорофєєв А. Є. Ерадикація надмірного бактеріального росту як метод лікування функціональної диспепсії. *Сучасна гастроентерологія*. 2021;5-6:12-20. DOI: 10.30978/MG-2021-5-12.
33. Ткач С. М., Дорофєєв А. Є., Харченко Н. В. Сучасні погляди на механізми патогенезу і тактику ведення хворих із перехрестом симптомів функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишечника. *Огляд літератури. Сучасна гастроентерологія*. 2022;1-2:63-72. DOI: 10.30978/MG-2022-1-63.
34. Mounsey A., Barzin A., Rietz A. Functional Dyspepsia: Evaluation and Management. *American Family Physician*. 2020;101(2):84-88.
35. Пасієшвілі Т. М. Роль дисфункції антиоксидантної системи у перебігу гастроезофагеальної рефлюксної хвороби у молодих пацієнтів з автоімунним

тиреоїдитом. Український терапевтичний журнал. 2021;1:44-48. DOI: 10.30978/UTJ2021-1-44.

36. Пасієшвілі Т. М. Роль цитокінової ланки у реалізації запальної реакції в осіб молодого віку з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою й автоімунним тиреоїдитом. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2020;2:133-139. DOI: 10.11603/1811-2471.2020.v.i2.10974.

37. Стасишин А. Р., Швидкий Я. Б., Савицький Я. М. Ускладнена гастроезофагеальна рефлюксна хвороба: діагностика та лікування. Сучасна гастроентерологія. 2024;2:5-10. DOI: 10.30978/MG-2024-2-5.

38. Пасієшвілі Т. М., Ковальова О. М., Пасієшвілі Л. М., Железнякова Н. М. Фактори прогресування автоімунного тиреоїдиту у осіб молодого віку з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою. Проблеми ендокринної патології. 2021;1:52-57. DOI: 10.21856/j-PER.2021.1.07.

39. Железнякова Н. М., Бочарова Т. В., Пасієшвілі Л. М., Пасієшвілі Т. М. Цитокіндетерміновані механізми патоморфологічної реалізації гастроезофагеальної рефлюксної хвороби на тлі автоімунного тиреоїдиту. Український терапевтичний журнал. 2024;1:29-36. DOI: 10.30978/UTJ2024-1-29.

40. Щербиніна М. Б. Альгірати в лікуванні гастроезофагеальної рефлюксної хвороби: реальна клінічна практика. Український медичний часопис. 2023;4:120-124. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.156.245601.

41. Мосійчук Л. М., Демешкіна Л. В., Зигало Є. В. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, поєднана з дисфункцією сфінктера Одді: контроль якості життя пацієнтів. Гастроентерологія. 2022;56(2):74-81. DOI: 10.22141/2308-2097.56.2.2022.491.

42. Arslan M., Balamtekin N. The Relationship between Primary Duodenogastric Reflux and Helicobacter pylori Gastritis in Children. Digestive Diseases. 2022;40(3):276-281. DOI: 10.1159/000517263.

43. Domingues G., Moraes-Filho J. P. P. Gastroesophageal reflux disease: a practical approach. Arquivos de Gastroenterologia. 2021;58(4):525-533. DOI: 10.1590/s0004-2803.202100000-94.

44. Fernández-González S. M., Moreno-Álvarez A., Solar-Boga A. Proton Pump Inhibitors in Pediatric Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Children* (Basel). 2024;11(3):296. DOI: 10.3390/children11030296.
45. Friedman C., Sarantos G., Katz S., Geisler S. Understanding gastroesophageal reflux disease in children. *JAAPA*. 2021;34(2):12-18. DOI: 10.1097/01.jaa.0000731488.99461.39.
46. Harris J., Chorath K., Balar E., Xu K., Naik A., Moreira A., et al. Clinical Practice Guidelines on Pediatric Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Quality Appraisal of International Guidelines. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition*. 2022;25(2):109-120. DOI: 10.5223/pghn.2022.25.2.109.
47. Meyer R., Vandenplas Y., Lozinsky A. C., Vieira M. C., Canani R. B., Dupont C., et al. Diagnosis and management of food allergy-associated gastroesophageal reflux disease in young children-EAACI position paper. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2022;33(10):e13856. DOI: 10.1111/pai.13856.
48. Miao Y., Yuan S., Li Y., Chen J., Li X., Larsson S. C., et al. Bidirectional Association between Major Depressive Disorder and Gastroesophageal Reflux Disease: Mendelian Randomization Study. *Genes* (Basel). 2022;13(11):2010. DOI: 10.3390/genes13112010.
49. van Lennep M., Gottrand F., Faure C., Omari T. I., Benninga M. A., van Wijk M. P., et al. Management of Gastroesophageal Reflux Disease in Esophageal Atresia Patients: A Cross-Sectional Survey amongst International Clinicians. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2022;75(2):145-150. DOI: 10.1097/mpg.00000000000003483.
50. Wang X. Y., Lin Q. Impact of primary duodenogastric reflux and *Helicobacter pylori* infection on gastritis and antibiotic resistance in children. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 2024;26(5):493-498. DOI: 10.7499/j.issn.1008-8830.2311086.
51. Malik T. F., Gnanapandithan K., Singh K. Peptic Ulcer Disease. StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534792/>.

52. Liu L., Nahata M. C. Newer Therapies for Refractory *Helicobacter pylori* Infection in Adults: A Systematic Review. *Antibiotics (Basel)*. 2024;13(10):965. DOI: 10.3390/antibiotics13100965.

53. Pennelli G., Grillo F., Galuppini F., Ingravallo G., Piloizzi E., Rugge M., et al. Gastritis: update on etiological features and histological practical approach. *Pathologica*. 2020;112(3):153-165. DOI: 10.32074/1591-951x-163.

54. Tarasconi A., Coccolini F., Biffl W. L., Tomasoni M., Ansaloni L., Picetti E., et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*. 2020;15:3. DOI: 10.1186/s13017-019-0283-9.

55. Assefa B., Tadesse A., Abay Z., Abebe A., Tesfaye T., Tadesse M., et al. Peptic ulcer disease among dyspeptic patients at endoscopy unit, University of Gondar hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Gastroenterology*. 2022;22(1):164. DOI: 10.1186/s12876-022-02245-6.

56. Кошурба І. В., Гладких Ф. В., Чиж М. О. Модуляція ліпопероксидації та енергетичного обміну в слизовій оболонці шлунка як механізм активності кріоекстракту плаценти в загоєнні стрес-індукованого ерозивно-виразкового ушкодження. *Гастроентерологія*. 2022;56(3):149-155. DOI: 10.22141/2308-2097.56.3.2022.503.

57. Сабадишин Р. О. Виразкова хвороба шлунка: етіологічні та патогенетичні причини виникнення. *Ліки України*. 2021;7:24-27. DOI: 10.37987/1997-9894.2021.7(253).245652.

58. Ткаченко О. В., Демидас О. В. Показники біоелектричної активності головного мозку при виразці дванадцятипалої кишки в стадії загострення за наявності та відсутності у пацієнтів *Helicobacter pylori*. *Український неврологічний журнал*. 2023;1-4:68-71. DOI: 10.30978/UNJ2023-1-4-68.

59 Joo J. Y., Cho J. M., Yoo I. H., Yang H. R. Eosinophilic gastroenteritis as a cause of non-*Helicobacter pylori*, non-gastrotoxic drug ulcers in children. *BMC Gastroenterology*. 2020;20(1):280. DOI: 10.1186/s12876-020-01416-7.

60. Li R., Wang W., Ma Y., Chen H. Analysis of risk factors for ulcer recurrence and upper gastrointestinal bleeding in children with peptic ulcer treated

with *Helicobacter pylori* eradication therapy. Translational Pediatrics. 2023;12(4):618-630. DOI: 10.21037/tp-23-155.

61. Qiao L., Zhou Y., Shen Y., Sun Q. Clinical Knowledge Mining Based on Image Enhancement Algorithm: Endoscopic Clinical Analysis of Peptic Ulcer in Children. Computational Intelligence and Neuroscience. 2022;2022:3716829. DOI: 10.1155/2022/3716829.

62. Shen Q., Liu T., Wang S., Wang L., Wang D. Experience in diagnosis and treatment of duodenal ulcer perforation in children. BMC Pediatrics. 2023;23(1):144. DOI: 10.1186/s12887-023-03957-8.

63. Sorokman T. V., Sokolnyk S. V., Moldovan P. M., Chernei N. Y., Ostapchuk V. G. Improvement of eradication therapy in children with duodenal ulcer associated with *Helicobacter pylori*. Wiadomości Lekarskie. 2022;75(1 Pt 2):215-222.

64. Teh D., Lukies M. Perforated duodenal ulcer in children: does preoperative CT add value? ANZ Journal of Surgery. 2023;93(12):3025-3027. DOI: 10.1111/ans.18700.

65. Zhang Y. H., Xu Z. H., Ni S. S., Luo H. X. Gastrointestinal contrast-enhanced ultrasonography for diagnosis and treatment of peptic ulcer in children. World Journal of Gastroenterology. 2024;30(7):705-713. DOI: 10.3748/wjg.v30.i7.705.

66. Zheng W., Peng K. R., Li F. B., Zhao H., Jiang M. Z. The effect of *Helicobacter pylori* infection on duodenal bulbar microbiota in children with duodenal ulcer. Zhonghua Er Ke Za Zhi. 2023;61(1):49-55. DOI: 10.3760/cma.j.cn112140-20220328-00251.

67. Waldum H., Fossmark R. Gastritis, Gastric Polyps and Gastric Cancer. International Journal of Molecular Sciences. 2021;22(12):6548. DOI: 10.3390/ijms22126548.

68. Yang H., Hu B. Immunological Perspective: *Helicobacter pylori* Infection and Gastritis. Mediators of Inflammation. 2022;2022:2944156. DOI: 10.1155/2022/2944156.

69. Li C., Wang X., Cui S. Impact of high-altitude hypoxia on *Helicobacter pylori*-induced gastritis pathological manifestations and inflammatory responses. *Journal of Physiological Anthropology*. 2024;43(1):17. DOI: 10.1186/s40101-024-00364-5.
70. Bordin D., Livzan M. History of chronic gastritis: How our perceptions have changed. *World Journal of Gastroenterology*. 2024;30(13):1851-1858. DOI: 10.3748/wjg.v30.i13.1851.
71. Kakimoto S., Harada Y., Shimizu T. Phlegmonous gastritis. *Canadian Medical Association Journal*. 2023;195(35):E1181. DOI: 10.1503/cmaj.230767.
72. Shah S. C., Piazuelo M. B., Kuipers E. J., Li D. AGA Clinical Practice Update on the Diagnosis and Management of Atrophic Gastritis: Expert Review. *Gastroenterology*. 2021;161(4):1325-1332. DOI: 10.1053/j.gastro.2021.06.078.
73. Jia J., Zhao H., Li F., Zheng Q., Wang G., Li D., et al. Research on drug treatment and the novel signaling pathway of chronic atrophic gastritis. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2024;176:116912. DOI: 10.1016/j.biopha.2024.116912.
74. Assa A., Borrelli O., Broekaert I., Saccomani M. D., Dolinsek J., Martin-de-Carpi J., et al. *Helicobacter pylori*-negative Chronic Gastritis in Children: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2022;74(5):956-967. DOI: 10.1097/mpg.0000000000003414.
75. Ben-Baruch Morgenstern N., Shoda T., Rochman Y., Caldwell J. M., Collins M. H., Mukkada V., et al. Local type 2 immunity in eosinophilic gastritis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2023;152(1):136-144. DOI: 10.1016/j.jaci.2023.01.021.
76. Bobrova V. I., Horobets A. O., Proshchenko J. I., Levadna L. O., Selska Z. V. Eosinophilic gastritis in children: morphological and immunohistochemical diagnostic criteria. *Wiadomości Lekarskie*. 2021;74(7):1722-1727.
77. Chaiyapak T., Sommai K., Banluetanyalak P., Sumboonnanonda A., Pattaragarn A., Piyaphanee N., et al. The incidence and factors associated with dysnatremia in children with acute gastritis/gastroenteritis. *Pediatrics International*. 2024;66(1):e15792. DOI: 10.1111/ped.15792.

78. Chehade M., Tan J., Gehman L. T. Gastroenterology Practice Patterns Contribute to Missed Diagnoses of Eosinophilic Gastritis and Duodenitis. *Gastro Hepatology Advances*. 2022;2(3):334-342. DOI: 10.1016/j.gastha.2022.11.010.

79. Chen P. H., Anderson L., Zhang K., Weiss G. A. Eosinophilic Gastritis/Gastroenteritis. *Current Gastroenterology Reports*. 2021;23(8):13. DOI: 10.1007/s11894-021-00809-2.

80. Dellon E. S., Gonsalves N., Abonia J. P., Alexander J. A., Arva N. C., Atkins D., et al. International Consensus Recommendations for Eosinophilic Gastrointestinal Disease Nomenclature. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2022;20(11):2474-2484. DOI: 10.1016/j.cgh.2022.02.017.

81. Demir A. M., Berberoğlu Ateş B., Hızal G., Yaman A., Tuna Kırsaçlıoğlu C., Oğuz A. S., et al. Autoimmune atrophic gastritis: The role of *Helicobacter pylori* infection in children. *Helicobacter*. 2020;25(5):e12716. DOI: 10.1111/hel.12716.

82. Elsaadany E., Amin S., Abdel-Hafez M., El Amrousy D., Kasem S., Abd Elaziz D., et al. Study of Serum Ferritin, Zinc, and Copper Levels in Children With *Helicobacter pylori* Gastritis and the Effect of the Treatment. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2022;75(5):88-93. DOI: 10.1097/mpg.0000000000003585.

83. Hsieh H., Yang H. B., Sheu B. S., Yang Y. J. Atrophic gastritis in *Helicobacter pylori*-infected children. *Helicobacter*. 2022;27(3):e12885. DOI: 10.1111/hel.12885.

84. Isoldi S., Viola F., Cucchiara S., Dilillo A., Iorfida D., Testi A. M., et al. Management of collagenous gastritis in children: Case series and literature review. *Indian Journal of Gastroenterology*. 2024;43(3):567-577. DOI: 10.1007/s12664-023-01472-3.

85. Josyabhatla R., Wood M. L., Gafur A., Tatevian N., Tchakarov A. S., Hashmi S. S., et al. Rising Prevalence of Mild Chronic Gastritis in Children: A Single Center Experience. *Pediatric and Developmental Pathology*. 2024;27(3):235-240. DOI: 10.1177/10935266241238625.

86. Lehmann S., Ferrie S., Carey S. Nutrition Management in Patients With Chronic Gastrointestinal Motility Disorders: A Systematic Literature Review. *Nutrition in Clinical Practice*. 2020;35(2):219-230. DOI: 10.1002/ncp.10273.

87. Mansuri I., Goldsmith J. D., Liu E., Bonilla S. Gastric Intestinal Metaplasia in Children: Natural History and Clinicopathological Correlation. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2023;77(3):332-338. DOI: 10.1097/mpg.0000000000003862.

88. Pescarin M., Day H., Thapar N., Jackman L., Saliakellis E., Lindley K. J., et al. Optimizing nutrition in pediatric intestinal pseudo-obstruction syndrome. *Neurogastroenterology and Motility*. 2023;35(5):e14562. DOI: 10.1111/nmo.14562.

89. Khan A., Goldstein A., Moore S., Patel A., Rosenberg J. Role of Octreotide in Menetrier's Disease: Case Report and Review of Literature. *Cureus*. 2020;12(11):e11515. DOI: 10.7759/cureus.11515.

90. Pimentel M., Saad R. J., Long M. D., Rao S. S. C. ACG Clinical Guideline: Small Intestinal Bacterial Overgrowth. *American Journal of Gastroenterology*. 2020;115(2):165-178. DOI: 10.14309/ajg.0000000000000501.

91. Rugge M., Genta R. M., Malfertheiner P., Dinis-Ribeiro M., El-Serag H., Graham D. Y., et al. RE.GA.IN.: the Real-world Gastritis Initiative-updating the updates. *Gut*. 2024;73(3):407-441. DOI: 10.1136/gutjnl-2023-331164.

92. Saad A. J., Genta R. M., Turner K. O., Kamboj A. P., Dellon E. S., Chehade M. Do General Pathologists Assess Gastric and Duodenal Eosinophilia? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. 2023;147(9):1086-1092. DOI: 10.5858/arpa.2022-0204-oa.

93. Virkkula A., Kivelä L., Hiltunen P., Sotka A., Huhtala H., Kurppa K., et al. Prevalence and Clinical Significance of *Helicobacter pylori*-negative Chronic Gastritis in Children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2022;74(5):949-955. DOI: 10.1097/mpg.0000000000003440.

94. Wales P. W., Hill S., Robinson I., Raphael B. P., Matthews C., Cohran V., et al. Long-term teduglutide associated with improved response in pediatric short

bowel syndrome-associated intestinal failure. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2024;79(2):290-300. DOI: 10.1002/jpn3.12276.

95. Zheng W., Peng K. R., Li F. B., Zhao H., Jiang L. Q., Chen F. B., et al. Characteristics of gastric mucosa microbiota in children with chronic gastritis and duodenal ulcer. *Zhonghua Er Ke Za Zhi*. 2021;59(7):551-556. DOI: 10.3760/cma.j.cn112140-20210331-00270.

96. Соловійов О. Інгібітори протонної помпи в лікуванні кислотозалежних захворювань. *Здоров'я України 21 сторіччя*. 2024;19-1:44.

Анкета

Вкажіть вашу стать: _____

Вкажіть ваш вік: _____

Вага (кг), зріст (см): _____

Оберіть ВНЗ, в якому навчаєтесь:

☐ БДМУ ☐ ЧНУ

Курс, факультет: _____

Чи приймаєте наступні медикаментозні препарати ТРИВАЛИЙ ЧАС?

- ☐ Нестероїдні протизапальні засоби (Німесил, Аспірин, Диклофенак, Мелоксикам, Напроксен)
- ☐ Антидепресанти
- ☐ Глюкокортикостероїди (Преднізолон, Дексаметазон, Будесонід, Гідрокортизон)
- ☐ Нітрати, антагоністи кальцію
- ☐ Препарати прогестерону (Утрожестан, Дюфастон, Норколут, Комбіновані оральні контрацептиви)
- ☐ Нічого з переліченого вище

Чи приймали Ви для зменшення симптомів медикаментозні препарати?

- ☐ Харчова сода (Ренні)
- ☐ Маалокс, Алмагель, Гавіскон
- ☐ Ранітидин, Фамотидин (Квамател)
- ☐ Рабепразол, Омепразол
- ☐ Нічого з переліченого вище

Характер болю у животі

- ☐ Голодні болі (турбують натще)
- ☐ Пізні болі (турбують через 1 - 2 години після прийому їжі)
- ☐ Нічні болі
- ☐ Нічого з переліченого вище

	Так	Ні
Чи зловживаєте Ви алкоголем?		
Чи проводили Вам визначення кислотоутворювальної функції шлунку та стравоходу (рН-метрію)?		
Чи проводили Вам ендоскопічне обстеження стравоходу, шлунку та 12-палої кишки?		
Чи діагностували у Вас рефлюкс: гастроєзофагеальний або дуоденогастральний?		
Чи діагностували у Вас ознаки гастриту (гіперемія слизової оболонки шлунка чи 12-палої кишки)?		
Чи діагностували у Вас наявність ерозій шлунка або 12-палої кишки?		
Чи діагностували у Вас виразки шлунка та 12-палої кишки?		
Чи є в родині випадки захворювання на гастрити, виразкову та рефлюксну хвороби?		

Чи палите?	Ні	1 - 2 роки	2 - 3 роки	3 - 4 роки	Більше 5 років

	Щоденно	Часто	Інколи	Ніколи
Чи виконуєте Ви фізичні вправи, що пов'язані з перенапруженням м'язів черевного поясу, або піднімаєте важке, вагою 8 - 10 кг впродовж тривалого часу?				
Чи дотримуєтеся режиму харчування (3 - 4 разове харчування)?				
Чи приймаєте їжу не менш, ніж за 3 години до сну?				
Чи любляєте "перекушувати" у нічні години?				
Чи любляєте полежати після прийому їжі?				
Чи любляєте споживати продукти,				

багаті на жири та вуглеводи (жирна риба, свинина, жирна яловичина, солодоші)?				
Як часто вживаєте напої, що містять кофеїн (кава, міцний чай, кока-кола)?				
Чи любляєте вживати газовані напої?				
Чи любляєте їжу, що подразнює слизову оболонку травного каналу (перець, перцева м'ята, цитрусові, томати, цибуля, часник, смажені страви)?				
Чи любляєте вживати суху їжу (снеки, сухарики, чіпси) та фастфуд?				
Біль за грудниною				
Біль в епігастрії				
Відрижка кислим				
Кислий присмак у роті				
Печія				
Гикавка				
Зригування спожитою їжею				
Гіркота у роті				
Здуття живота				

Додаток 2.

Таблиця 1.

Розподіл студентів БДМУ за стажем паління (%)

Курс	Факультет	Стать	Стаж паління			
			1-2 роки	2-3 роки	3-4 роки	>5 років
1 курс	Медичний	Жіноча	28,5%	-	28,5%	-
		Чоловіча	33,3%	-	-	-
2 курс	Медичний	Жіноча	11%	-	11%	-
		Чоловіча	-	25%	-	-
	Стоматологічний	Чоловіча	-	-	100%	-
3 курс	Медичний	Жіноча	16,7%	-	8,3%	-
		Чоловіча	66,7%	-	-	-
4 курс	Медичний	Чоловіча	25%	25%	-	-
	Стоматологічний	Чоловіча	-	-	100%	-
5 курс	Медичний	Жіноча	6,7%	-	-	-
		Чоловіча	20%	-	-	20%
	Стоматологічний	Чоловіча	47%	11,7%	-	-
	Медико-фармацевтичний	Чоловіча	33,3%	-	-	-
	Медико-психологічний	Чоловіча	14%	-	-	14,2%
6 курс	Медичний	Жіноча	4,4%	6,7%	4,4%	11%
		Чоловіча	21,8%	3%	-	6,2%
	Стоматологічний	Чоловіча	100%	-	-	-
	Медико-фармацевтичний	Жіноча	-	50%	-	50%
	Медико-психологічний	Чоловіча	33,3%	-	-	-

Додаток 2.

Таблиця 2.

Розподіл студентів ЧНУ за стажем паління (%)

Курс	Факультет	Стать	Стаж паління			
			1-2 роки	2-3 роки	3-4 роки	>5 років
1 курс	Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи	Жіноча	4,5%	-	-	-
	Факультет фізичної культури та здоров'я людини	Чоловіча	100%	-	-	-
2 курс	Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи	Жіноча	-	5%	-	-
	Факультет математики та інформатики	Чоловіча	100%	-	-	-
	Навчально-науковий інститут фізико-технічних та комп'ютерних наук	Жіноча	-	25%	-	-
		Чоловіча	50%	-	-	-
3 курс	Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи	Жіноча	5,2%	1,7%	1,7%	-
	Навчально-науковий інститут біології, хімії та біоресурсів	Чоловіча	100%	-	-	-
4 курс	Факультет фізичної культури та здоров'я людини	Чоловіча	100%	-	-	-
5 курс	Юридичний факультет	Чоловіча	33,3%	33,3%	-	-
	Факультет іноземних мов	Чоловіча	33,3%	-	-	-
	Навчально-науковий інститут фізико-технічних та комп'ютерних наук	Чоловіча	20%	-	-	-
6 курс	Факультет іноземних мов	Чоловіча	100%	-	-	-
	Факультет фізичної культури та здоров'я людини	Чоловіча	-	-	-	100%

Додаток 3.

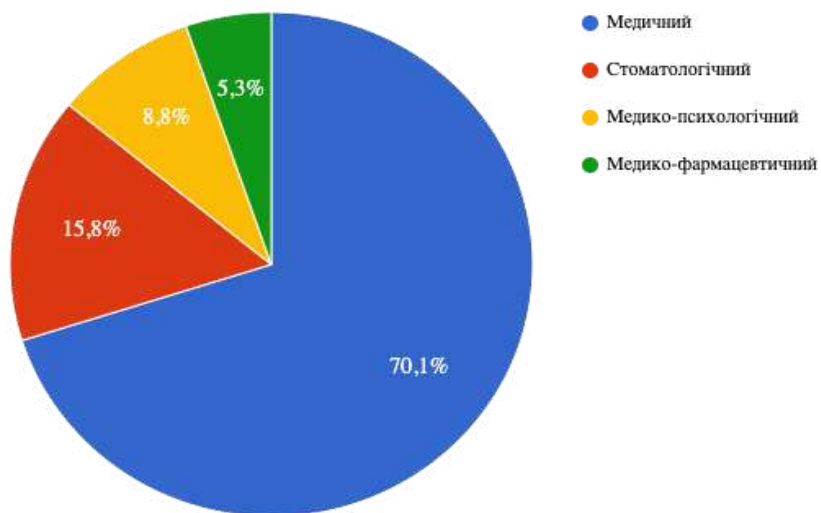


Рис. 1. Співвідношення проведених рН-метрій студентами БДМУ

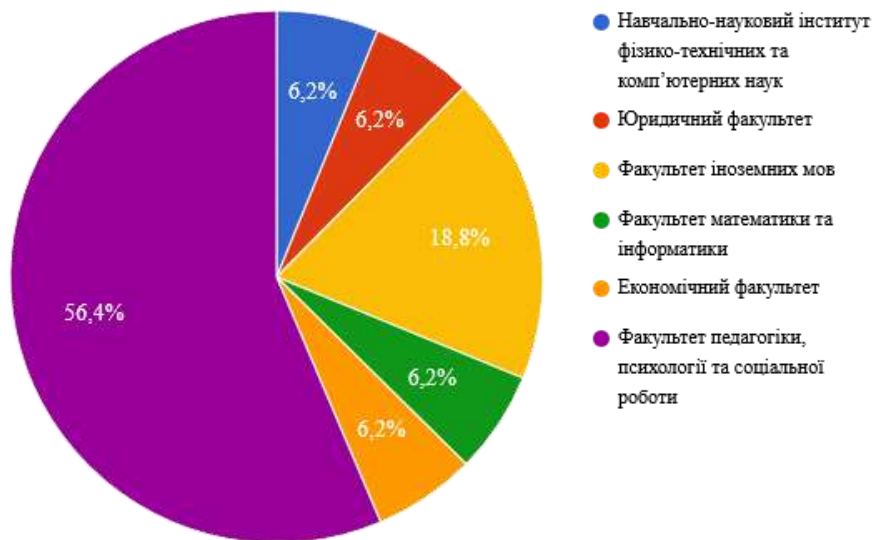


Рис. 2. Співвідношення проведених рН-метрій студентами ЧНУ

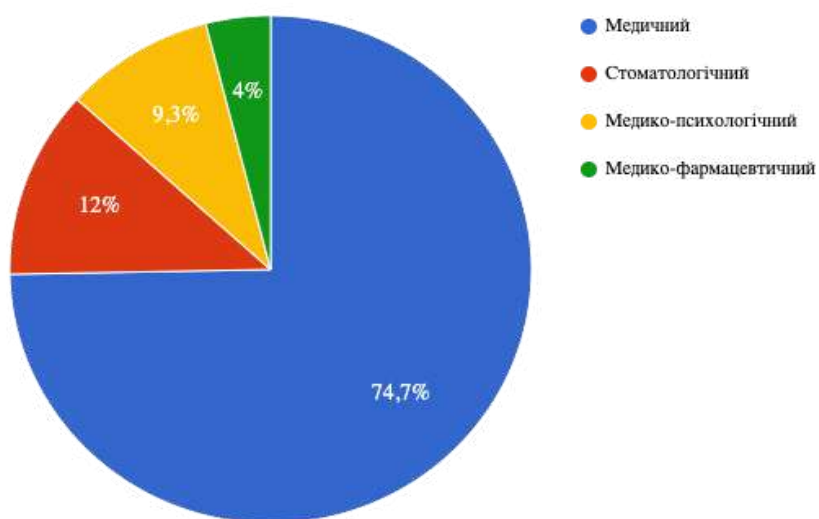


Рис. 3. Співвідношення проведених ендоскопій студентами БДМУ

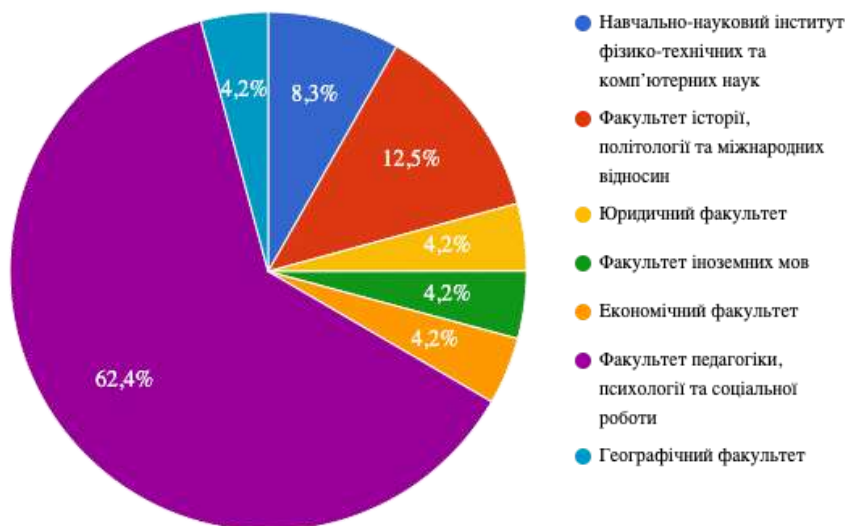


Рис. 4. Співвідношення проведених ендоскопій студентами ЧНУ

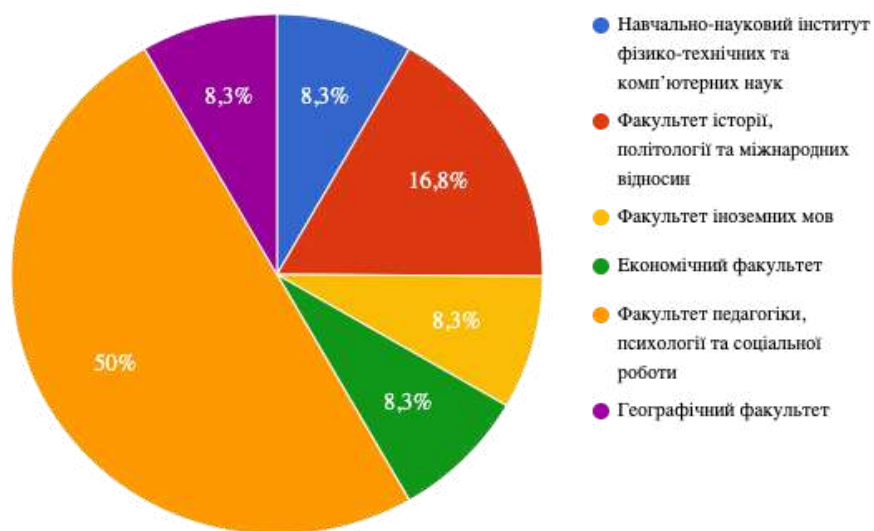


Рис. 5. Виявлені випадки гастриту в студентів ЧНУ

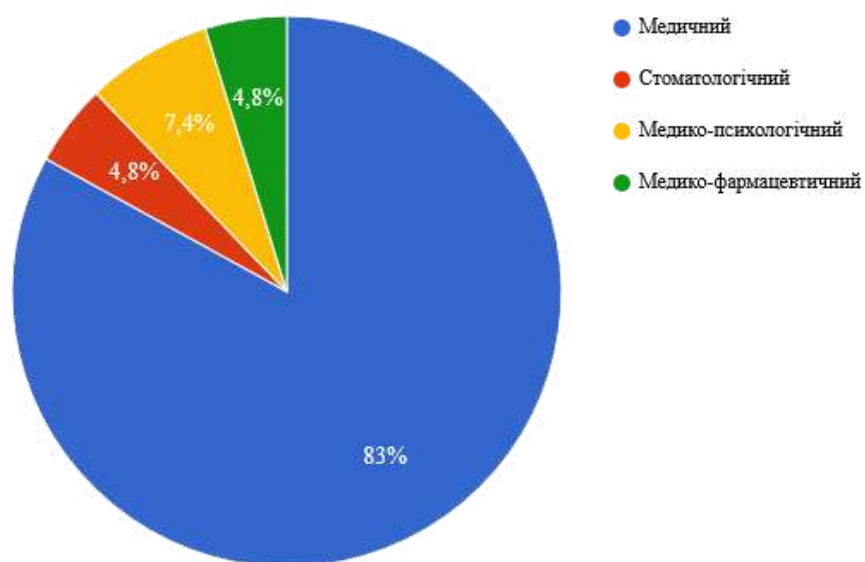


Рис. 6. Виявлені випадки гастриту в студентів БДМУ

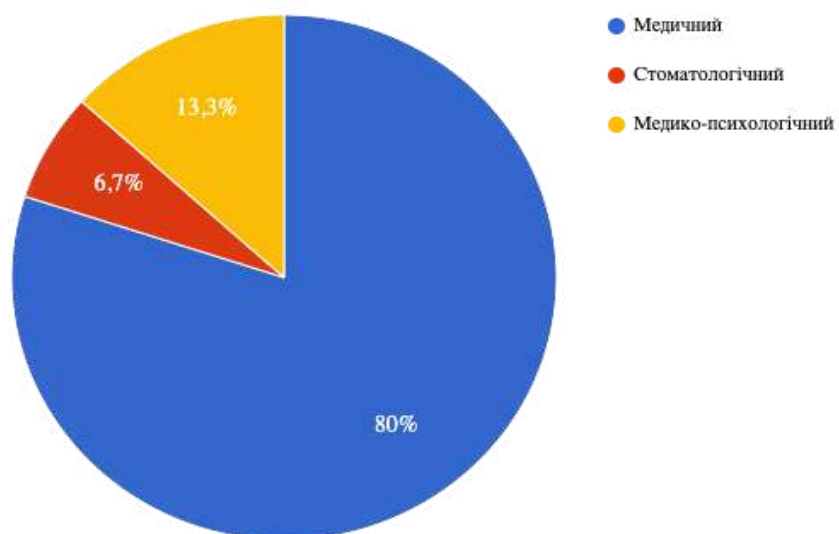


Рис. 7. Виявлені випадки ерозій в студентів БДМУ

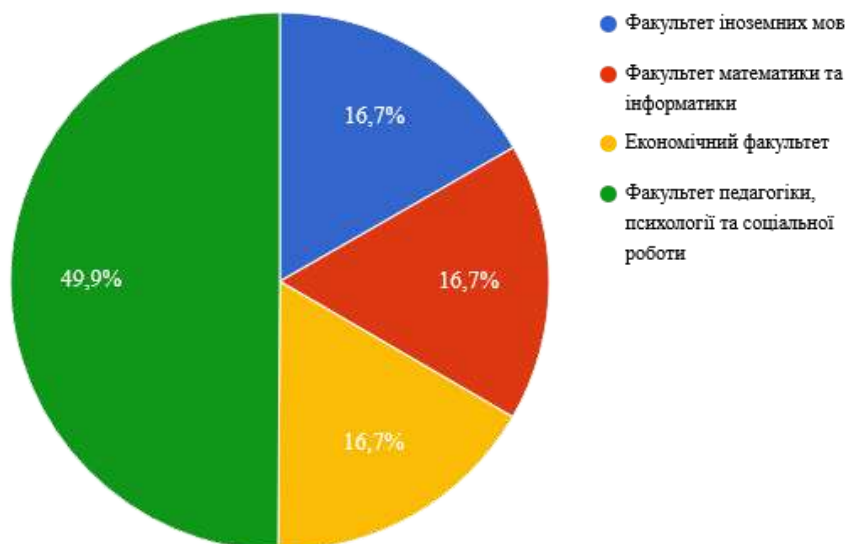


Рис. 8. Виявлені випадки ерозій в студентів ЧНУ

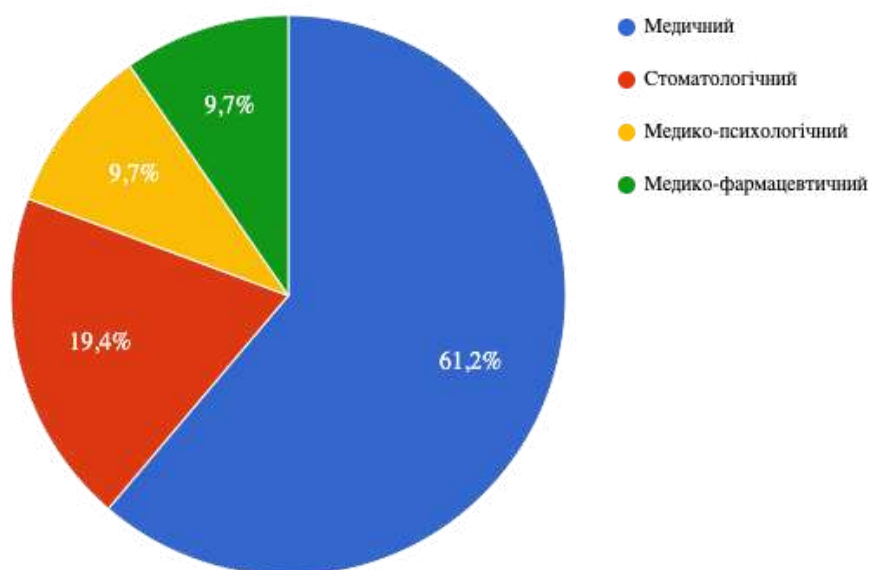


Рис. 9. Виявлені випадки виразкової хвороби у студентів БДМУ

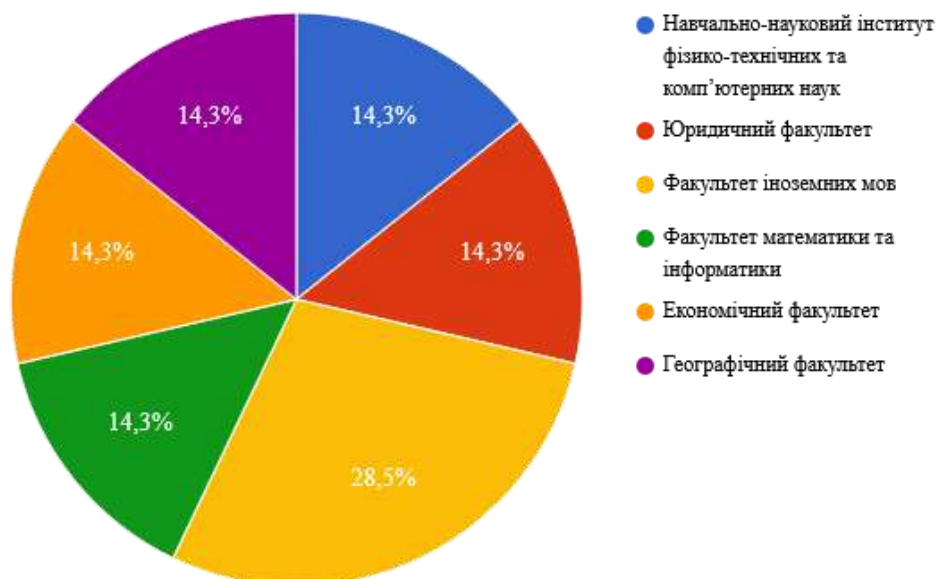


Рис. 10. Виявлені випадки виразкової хвороби у студентів ЧНУ