



УДК 616.33/.34.342-053.2-092-085.851

ЛИЧКОВСЬКА О.Л.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

БІОПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

Резюме. З позицій біопсихосоціальної моделі медицини формування захворювань гастроудоденальної зони відбувається у результаті взаємодії біологічних, психоемоційних і психосоціальних факторів, внесок яких у виникнення окремих нозологічних форм гастроудоденальної патології у дітей досліджений недостатньо. **Метою** цього дослідження було вивчення внеску біологічних, психоемоційних і психосоціальних факторів у формування різних нозологічних форм гастроудоденальної патології у дітей та взаємозв'язків між ними. **Матеріали та методи.** Обстежені 83 дитини віком 6–11 років із патологією гастроудоденальної зони. Групу контролю становили 45 дітей, у яких не виявлено жодної соматичної патології. Для аналізу значимості окремих факторів у виникненні патології гастроудоденальної зони у дітей використано методи множинної кореляції та факторного аналізу. **Результати.** Отримані результати продемонстрували домінування ролі психоемоційних і психосоціальних факторів у формуванні функціональних розладів шлунка та дванадцятипалої кишки й гастриту/гастроудоденіту, тоді як при деструктивних формах гастроудоденальної патології переважав внесок біологічних факторів. Встановлено гетерогенність функціональної диспепсії як нозологічної форми: вагомими виявилися як фактори ризику формування деструкції слизової оболонки, так і психоемоційні фактори, притаманні власне функціональним розладам. Це пояснює різний перебіг функціональної диспепсії — в одних випадках непрогресивний, коли розлад залишається функціональним протягом десятиліть, в інших — це перша стадія континууму «функціональна диспепсія — гастрит/гастроудоденіт — виразкова хвороба». **Висновки.** Формування хвороб гастроудоденальної зони, їх перебіг, прогноз визначає комбінація факторів ризику. Визначення їх ролі в кожному окремому випадку дасть можливість індивідуалізувати лікувальну та профілактичну тактику і підвищити їх ефективність, зменшивши економічні затрати.

Ключові слова: гастроудоденальна патологія у дітей, біопсихосоціальна модель медицини.

В основі сучасних досліджень мультифакторних захворювань лежить біопсихосоціальна (БПС) модель медицини. Основна концепція нової, біопсихосоціальної моделі медицини полягає у тому, що виникнення хвороби відбувається внаслідок взаємодії тіла, психіки й оточення [9]. БПС-модель на відміну від етіопатогенетичної замість єдиної причини виникнення хвороби впроваджує поняття факторів ризику, а лінійний ланцюг причинно-наслідкових зв'язків патогенезу заміняє нелінійною системою складних взаємозв'язків різноманітних факторів, структур, процесів. Усі фактори ризику прийнято умовно ділити на біологічні, психоемоційні та психосоціальні. До біологічних (тілесних) факторів зараховують генетичну схильність, патогенну дію мікроорганізмів, реактивність макроорганізму, попередньо перенесені захворювання, оперативні втручання та інші. До психічних — емоційні

розлади (депресія, тривога), негативне мислення, порушення самоконтролю, зниження самооцінки і, як наслідок, порушення поведінки. До середовищних (соціальних) факторів належать: ситуація в сім'ї, соціально-економічний статус, культуральні та релігійні особливості, рівень освіти, якість соціальних контактів тощо.

БПС-модель лежить в основі сучасних досліджень патології гастроудоденальної зони (ГДЗ) [14]. Серед факторів ризику виникнення хвороб ГДЗ

Адреса для листування з автором:
Личковська Олена Львівна
E-mail: olychkovska@gmail.com

© Личковська О.Л., 2016
© «Здоров'я дитини», 2016
© Заславський О.Ю., 2016

називають *Hp*-інфікованість, стреси, куріння, зловживання алкоголем, кавою, нераціональне харчування, низький соціальний статус і рівень освіти, вживання нестероїдних протизапальних засобів та інші [12, 13]. Ведеться пошук і в інших напрямках — вивчення особливостей особистості, психоемоційного стану, психологічних травм у дитячому віці [2, 7], коморбідності хвороб ГДЗ з іншою психосоматичною патологією [6, 15]. Фактори ризику виникнення захворювань ГДЗ у дітей: спадкова схильність, стреси, *Hp*-інфекція, порушення режиму харчування, медикаментозні, токсичні впливи [1, 10]. Однак внесок факторів різної природи у формування окремих нозологічних форм патології ГДЗ досліджений недостатньо.

БПС-модель знайшла своє застосування не лише як теоретична парадигма, але й як модель надання медичної допомоги, повернувши медицину від механістичного сприйняття пацієнта назад, до принципу Гіппократа, що потрібно лікувати не хворобу, а хворого [16]. Тому вивчення ролі окремих факторів у формуванні захворювань ГДЗ, їх взаємного впливу, важливе не лише для розуміння природи даної патології, але й для розробки нових принципів класифікації й оптимальних схем надання медичної допомоги та профілактики.

Метою цього дослідження було вивчення внеску та взаємозв'язків біологічних, психоемоційних і психосоціальних факторів ризику у формування різних нозологічних форм патології ГДЗ у дітей.

Матеріали та методи

Нами обстежені 83 дитини віком 6–11 років із патологією ГДЗ, які лікувалися у Львівській обласній дитячій клінічній лікарні «ОХМАТДИТ» у відділі старшого дитинства. Функціональну диспепсію (ФД) діагностовано у 21 (25,3 %) дитини, гастрит/гастроудоденіт — у 43 (51,8 %) дітей, деструктивні форми патології ГДЗ — у 19 (22,9 %) дітей. Групу контролю становили 45 дітей, у яких не виявлено жодної соматичної патології (пацієнти травматологічного відділу). Від усіх пацієнтів та їхніх батьків отримано інформовану згоду на участь у дослідженні. Обстеження дітей з патологією ГДЗ та верифікацію діагнозу проводили згідно з протоколами МОЗ України. Стан вегетативної нервової системи (ВНС) вивчали за таблицями Вейна, кардіоінтервалографією, кліноортостатичною пробою. У дітей обох груп проводили генеалогічні дослідження, визначення розподілу алелей гена HLA DQA1 на основі полімеразної ланцюгової реакції за допомогою набору реагентів GenPak® HLA DQA1 PCR test (ООО «Лабораторія Изоген», РФ). Вивчення психоемоційних факторів формування патології ГДЗ у дітей включало дослідження самооцінки за Дембо — Рубінштейн, рівня явної тривожності за тестом Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS), вираженість астеничного синдрому оцінювали за бальною шкалою. Особливості мікросоціальних (сімейних) факторів формування патології ГДЗ у дітей вивчали за гене-

алогічним методом Family study (FS), що дозволив встановити особливості констеляції батьківської пари, стиль виховання, а також ретроспективно оцінити стиль сформованої прихильності обстежених дітей. Результати описово-феноменологічного обстеження батьків за FS порівнювали з психологічно-експериментальним дослідженням особистісного профілю матері та батька за методикою Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Схильність до соматизації та ступінь її вираженості здійснювали за методикою Screening für somatoforme Störungen-2 Jahre (SOMS-2J) [5].

Обробку отриманих результатів проводили з використанням програмного забезпечення Statistica 6.0. Для аналізу значимості окремих факторів у виникненні патології ГДЗ у дітей використано методи множинної кореляції та факторного аналізу, що дає можливість виявити зв'язки одночасно між кількома різними ознаками. Аналіз проводили за окремими нозологічними формами патології ГДЗ. Для аналізу відібрано фактори, що найбільш тісно корелювали з формуванням патології ГДЗ, а саме:

— біологічні (*Hp*, генетичні фактори, зокрема розподіл алелей гена HLA DQA1, розлади вегетативної регуляції та моторної функції верхніх відділів травного каналу);

— психоемоційні (високий рівень тривожності та виражений астеничний синдром, схильність до соматизації);

— психосоціальні, зокрема розлади регуляції немовлят, ненадійна або амбівалентна прив'язаність, типова констеляція батьківської пари (домінуюча позиція матері, пасивна, уникаюча позиція батька, затяжні конфлікти, низький рівень підтримки, емоційного тепла, єдності в сім'ї).

Результати

При деструктивних формах гастродуоденальної патології (рис. 1) 6 факторів пояснюють сумарно 81,7 % варіативності.

Фактор 1 виявив позитивну кореляцію з біологічними факторами, зокрема найбільш значиму — з інфікуванням *Hp*. Цей фактор пояснює 20,3 % загальної дисперсії. Фактор 2 пов'язаний з розладами ВНС, зокрема вираженою симпатикотонією, значними морфологічними змінами, що може трактуватися як зниження протекторних властивостей слизової оболонки (СО). Значимість другого фактора становить 17,5 %. Фактор 3 (14,0 %) позначено як генетичний предиспонуєчий, оскільки він пов'язаний з носійством алелі HLA DQA1*0301, обтяженим спадковим анамнезом щодо патології ГДЗ з боку обох батьків. Носійство алелі DQA1*0301 є предиспонуєчим фактором розвитку деструктивних форм патології ГДЗ у дітей [4]. Фактор 4 (11,4 %) виявив позитивну кореляцію з порушеннями неспецифічних адаптаційних реакцій та носійством алелі HLA DQA1*0101, що може вказувати на зв'язок даної алелі з формуванням неадекватної запальної відповіді на інвазію *Hp*. Фактор 5 (11,0 %) —

об'єднав мікросоціальні фактори, зокрема обтяжений сімейний анамнез щодо психосоматичної патології, схильність до соматизації. Фактор 6 (7,5 %) пов'язаний із психоемоційними розладами, а саме високим ступенем тривожності та астеничним синдромом.

При гастриті/гастроуденіті 8 факторів становлять 73,8 % варіативності (рис. 2).

Фактор 1 (17,0 %) пов'язаний з психосоматичними розладами раннього дитинства, зокрема з виявленими анамнестично ненадійною/амбівалентною прихильністю, психосоматичними розладами немовлят. Фактор 2 (12,2 %) об'єднує мікросоціальні фактори, з яких найбільш тісний зв'язок виявляє типова констеляція батьківської пари. Фактор 3 (9,7 %) виявив негативну кореляцію з інфікуванням *Hp* та позитивну — з носійством алелі гена HLA DQA1*0102, що, за попередніми нашими дослідженнями, виявив протекторну дію щодо інфікування *Hp* [4]. Фактор 4 (8,9 %) нагадував фактор 2 при деструктивній патології та був пов'язаний з вираженими вегетативними розладами, зокрема симпатикотонією. Фактор 5 (7,9 %) — *Hp*-інфікування, поєднане з генетичним фактором, пов'язаним зі схильністю до неадекватної запальної відповіді — носійством HLA DQA1*0101. Фактор 6 (6,4 %) корелював з психоемоційними розладами — тривожністю, зниженою самооцінкою. Фактор 7 (6,0 %) пов'язаний зі схильністю до соматизації. Фактор 8 (5,7 %) — протекторний генетичний, оскільки він корелював з носійством HLA DQA1*0201. Протекторна дія цього фактора полягає у запобіганні про-

гредієнтному перебігу захворювання з формуванням органічних форм [4].

При ФД 88,0 % варіативності пояснюють 8 факторів (рис. 3).

Фактор 1 пов'язаний зі схильністю до соматизації і негативно корелює з біологічними факторами формування патології ГДЗ (17,3 %). Фактор 2 (14,5 %) поєднує психоемоційні розлади, зокрема високий рівень тривожності, виражений астеничний синдром. Фактор 3 (13,9 %) віднесено до психосоціальних, він корелює з формуванням ненадійної прихильності та особистісними особливостями батьківської пари. Фактор 4 (11,4 %) об'єднув психоемоційні розлади (підвищену тривожність і знижену самооцінку), із синдромом вегетативної дисфункції. Фактор 5 (9,7 %) означено як протекторний генетичний, оскільки він корелював із носійством алелі HLA DQA1*0201 та негативно пов'язаний з обтяженим спадковим анамнезом. Фактор 6 (8,3 %) корелює з інфікованістю *Hp*; фактор 7 (7,0 %) можна теж віднести до біологічних — він пов'язаний з носійством предиспонуєчої алелі HLA DQA1*0301 та обтяженим спадковим анамнезом. Фактор 8 (5,9 %) поєднує фактори, що формуються у ранньому дитинстві, — ненадійна прихильність і психосоматичні розлади немовлят.

Обговорення

За отриманими даними, формування деструктивних форм патології ГДЗ пов'язано переважно

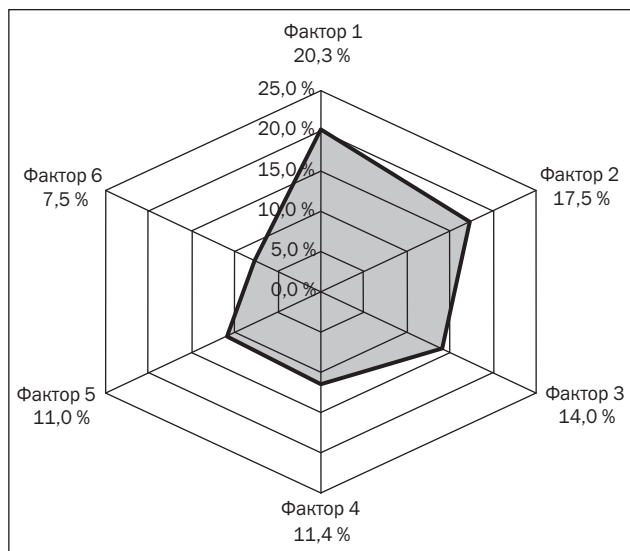


Рисунок 1. Фактори ризику та резистентності формування деструктивних форм патології гастроуденальної зони у дітей: фактор 1 — *Hp*-інфікування; фактор 2 — зниження протекторних властивостей CO; фактор 3 — генетичний предиспонуєчий (носійство HLA DQA1*0301); фактор 4 — носійство HLA DQA1*0101; фактор 5 — мікросоціальні фактори; фактор 6 — психоемоційні розлади

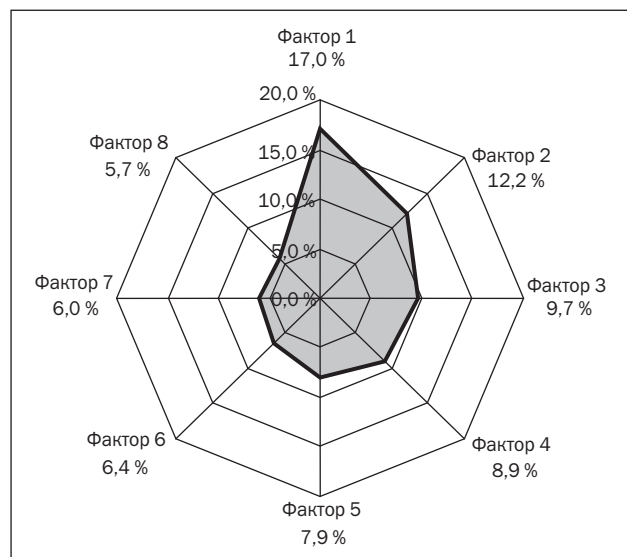


Рисунок 2. Фактори ризику та резистентності формування гастриту/гастроуденіту у дітей: фактор 1 — ненадійна прив'язаність, психосоматичні розлади немовлят; фактор 2 — типова констеляція батьківської пари; фактор 3 — генетичний протекторний щодо *Hp*-інфекції (носійство HLA DQA1*0102); фактор 4 — зниження протекторних властивостей CO; фактор 5 — *Hp*-інфікування; фактор 6 — психоемоційні розлади; фактор 7 — соматизація; фактор 8 — генетичний протекторний щодо перебігу патології ГДЗ (носійство HLA DQA1*0201)

з біологічними факторами (рис. 4). Найбільш вагомим виявився вплив *Hr* і вегетативних розладів. Хоча домінуючим варіантом синдрому вегетативної дисфункції при патології ГДЗ вважається парасимпатикотонія [3], фактором ризику деструкції СО виявилось переважання тону симпатичної ВНС. За даними J.D. Furness [11], симпатикотонічні нерви містять поодинокі волокна парасимпатичної нервової системи, а тому їх подразнення може призвести як до адренергічного, так і холінергічного ефекту. Тому симпатикотонія не виключає підвищеної кислотоутворюючої функції СО шлунка. Відомо, що гальмуючий вплив симпатичної нервової системи на секреторну функцію пов'язаний лише з гістаміновими механізмами регуляції. Однак існує і стимулюючий вплив катехоламінів на кислотоутворюючу функцію, що реалізується через G-клітини. Під впливом адреналіну активується синтез гастрину. Гастрин стимулює проліферацію клітин СО, в тому числі кислотоутворюючих. Це спричинює стійкий ефект активації кислотопродукції, а в поєднанні з порушенням трофіки через вазоконстрикцію призводить до зниження протекторних властивостей СО та її альтерації.

При гастриті/гастроуденіті майже однаковим виявився вклад біологічних та психосоціальних факторів, дещо меншим — психоемоційних (рис. 3, 4). Якщо при деструктивних формах патології ГДЗ значимим був лише предиспонуєчий генетичний фактор — носійство алелі HLA DQA1*0301, то при гастриті/гастроуденіті більш вагомим фактором було носійство протекторних щодо деструкції СО алелей — DQA1*0102 і DQA1*0201. Спільним фактором схильності до формування гастриту/гастроуденіту та деструктивних форм патології ГДЗ у дітей було інфікування *Hr* у поєднанні з носійством HLA DQA1*0101, який пов'язують з формуванням неадекватної запальної відповіді [4].

Психоемоційні фактори домінували як фактори ризику формування ФД. Зокрема, соматизація (схильність переживати психоемоційний дистрес на соматичному рівні), тривожність та астенія виявилися найбільш вагомими факторами ризику. Однак фігурують тут і фактори, притаманні формуванню деструктивних форм патології ГДЗ, зо-

крема носійство HLA DQA1*0301, інфікування *Hr*. Такий стан речей можна пояснити неоднорідністю ФД як нозологічної форми. Відомо, що приблизно у 30 % пацієнтів, яким первинно встановлено діагноз ФД за Римськими критеріями III, спостерігається прогресивний перебіг захворювання з формуванням деструктивних форм патології ГДЗ, тоді як в інших розлад залишається функціональним протягом десятиліть [17]. Перебіг, прогноз захворювання визначає комбінація факторів ризику, тому врахування їх внеску у формування хвороби у кожному окремому випадку дасть можливість індивідуалізувати лікувальну та профілактичну тактику й підвищити їх ефективність, можливо, зменшивши економічні затрати. Гетерогенність ФД із

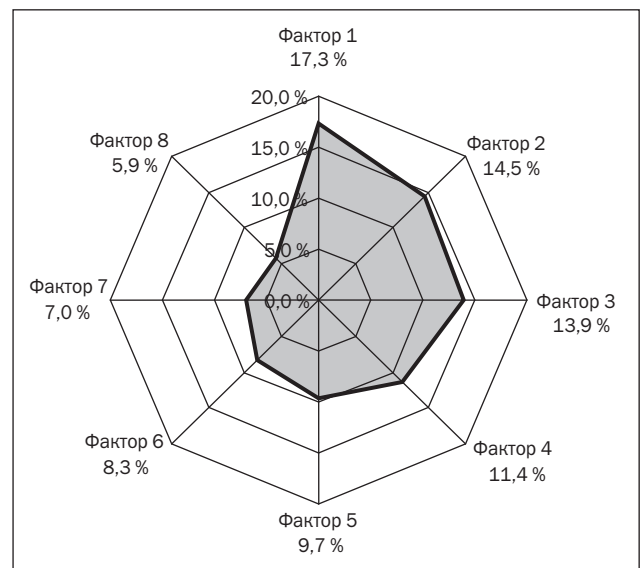


Рисунок 3. Фактори ризику та резистентності формування функціональної патології гастроуденальної зони у дітей: фактор 1 — соматизація; фактор 2 — психоемоційні розлади; фактор 3 — типова констеляція батьківської пари; фактор 4 — психоемоційні та вегетативні розлади; фактор 5 — генетичний протекторний фактор (носійство HLA DQA1*0201); фактор 6 — *Hr*-інфікування; фактор 7 — обтяжений спадковий анамнез, генетичний предиспонуєчий фактор (носійство HLA DQA1*0301); фактор 8 — ненадійна прихильність, психосоматичні розлади немовлят

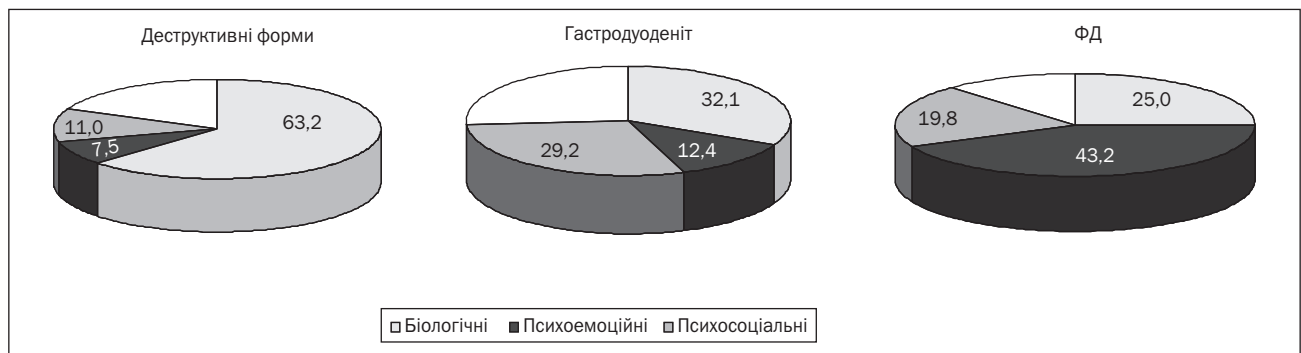


Рисунок 4. Частка (%) біологічних, психоемоційних і психосоціальних факторів у формуванні захворювань гастроуденальної зони у дітей

різним перебігом і різним прогнозом дає підстави для перегляду класифікації даного розладу. Зо-крема, Van L. Oudenhove et al. [8] пропонують при черговому перегляді Римських критеріїв III прийняти багатоосову класифікацію функціональних гастроінтестинальних розладів, що ґрунтується на БПС-моделі, з урахуванням психоемоційних, поведінкових розладів, соціального функціонування пацієнтів.

Висновки

Отримані результати факторного аналізу продемонстрували домінування ролі психоемоційних і психосоціальних факторів у формуванні функціональних розладів шлунка та дванадцятипалої кишки й гастриту/гастроуденіту, тоді як при деструктивних формах патології ГДЗ переважав внесок біологічних факторів. Встановлено гетерогенність ФД як нозологічної форми — вагомими виявилися як фактори ризику формування деструкції СО, так і психоемоційні фактори, притаманні власне функціональним розладам. Це пояснює різний перебіг ФД — в одних випадках непрогресивний, коли розлад залишається функціональним із більш чи менш частими загостреннями впродовж десятиліття, іноді протягом усього життя, в інших — це перша стадія континууму «ФД — гастрит/гастроуденіт — виразкова хвороба».

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Список літератури

1. Абатуров О.Е. Фактори ризику розвитку хронічних Сага-позитивних НР-асоційованих гастритів у дітей / О.Е. Абатуров, Н.Ю. Завгородня // *Перинатология и педиатрия*. — 2012. — № 1. — С. 123-125.
2. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей / Д.Н. Исаев — СПб.: Питер, 2000. — 508 с.
3. Николаева О.В. Состояние вегетативного гомеостаза у детей при нарушении моторной функции органов гастродуоденальной зоны / О.В. Николаева, М.Н. Ермолаев // *Здоровье ребенка*. — 2009. — № 5. — С. 12-15.
4. Роль генетичних факторів у розвитку схильності до гастродуоденальної патології у дітей / О.З. Гнайтеко, О.Л. Личковська, І.Ю. Кулачковська, О.І. Терпяк // *Педіатрія, акушерство та гінекологія*. — 2011. — № 6. — С. 10-15.
5. Роль соматизації у формуванні гастродуоденальної патології у дітей / О.З. Гнайтеко, О.Л. Личковська, О.О. Фільц, Ю.О. Фільц // *Здоровье ребенка*. — 2012. — № 7. — С. 23-27.
6. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине : руководство для врачей / А.Б. Смулевич. — М.: МИА, 2001. — 256 с.
7. Basham K. Transforming the legacies of childhood trauma in couple and family therapy / K. Basham // *Soc. Work Health Care*. — 2004. — Vol. 39, № 3-4. — P. 263-285. PMID: 15774396.
8. Do we have an alternative for the Rome III gastroduodenal symptom-based subgroups in functional gastroduodenal disorders? A cluster analysis approach / L. Van Oudenhove, L. Holvoet, J. Vandenberghe [et al.] // *Neurogastroenterol. Motility*. — 2011. — Vol. 23, № 8. — P. 730-738. doi:10.1111/j.1365-2982.2011.01703.x.
9. Engel G.L. From biomedical to biopsychosocial: being scientific in the human domain / G.L. Engel // *Psychosomatics*. — 1997. — Vol. 38, № 6. — P. 521-528. PMID: 9427848
10. Frequency and risk factors of gastric and duodenal ulcers or erosions in children: a prospective 1-month European multicenter study / N. Kalach, P. Bontems, S. Koletzko [et al.] // *Europ. J. Gastroenterol. Hepatol*. — 2010. — Vol. 22, № 10. — P. 1174-1181. doi:10.1097/MEG.0b013e32833d36de.
11. Furness J.B. Types of neurons in enteric nervous system / J.B. Furness // *J. Auton. Nerv. Syst.* — 2000. — Vol. 81, № 1. — P. 87-96. PMID:10869706
12. Levenstein S. Helicobacter pylori and ulcers. Against reductionism / Levenstein S. // *BMJ*. — 2009. — Vol. 339, № 39. — P. 709. doi:10.1136/bmj.b3855.
13. Levenstein S. The very model of a modern ethiology: a biopsychosocial view of peptic ulcer / Levenstein S. // *Psychosom. Med.* — 2000. — Vol. 62, № 2. — P. 176-185. PMID: 10772394.
14. Mikočka-Walus A. Six studies pointing to the need for a biopsychosocial approach to treating common gastrointestinal and hepatologic disorders / Antonina Mikočka-Walus Thesis submitted in fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. — University of Adelaide, 2008 — 383 p.
15. Neale M.C. Models of comorbidity for multifactorial disorders / Neale M.C., Kendler K.S. // *Amer. J. Hum. Genet.* — 1995. — Vol. 57, № 4. — P. 935-953. PMID:7573055.
16. Uexküll T.V. Psychosomatic Medicine / Uexküll T.V. — München: Urban Schwarzenberg, 1997. — 1355 S.
17. Abid S. Discriminant value of Rome III questionnaire in dyspeptic patients / Abid S., Siddiqui S., Jafri W. // *Saudi J. Gastroenterol.* — 2011. — Vol. 17, № 2. — P. 129-133. doi:10.4103/1319-3767.77244.

Отримано 06.01.16 ■

Лычковская Е.А.

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Резюме. С позиций биопсихосоциальной модели медицины формирование заболеваний гастродуоденальной зоны происходит в результате взаимодействия биологических, психоэмоциональных и психосоциальных факторов, роль которых в возникновении отдельных нозологических форм гастродуоденальной патологии у детей исследована недостаточно. **Целью** данного исследования было изучение роли биологических, психоэмоциональных и психосоциальных факторов в формировании различных нозологических форм гастродуоденальной патологии у детей и взаимосвязей между ними. **Материалы и методы.** Обследованы 83 ребенка в возрасте 6—11 лет с патологией гастродуоденальной зоны. Группу контроля составили 45 детей, у которых не обнаружено соматической

патологии. Для анализа значимости отдельных факторов в возникновении патологии гастродуоденальной зоны у детей использованы методы множественной корреляции и факторного анализа. **Результаты.** Полученные результаты показали доминирование роли психоэмоциональных и психосоциальных факторов в формировании функциональных расстройств желудка и двенадцатиперстной кишки и гастрита/гастроуденита, тогда как при деструктивных формах гастродуоденальной патологии преобладали биологические факторы. Установлена гетерогенность функциональной диспепсии как нозологической формы: весомыми оказались как факторы риска формирования деструкции слизистой оболочки, так и психоэмоциональные факторы, присущие функциональным расстрой-

ствам. Это объясняет различное течение функциональной диспепсии — в одних случаях непрогрессирующее, когда расстройство остается функциональным на протяжении десятилетий, в других — это первая стадия континуума «функциональная диспепсия — гастрит/гастроуденит — язвенная болезнь». **Выводы.** Формирование болезней гастроуденальной зоны, их течение, прогноз опре-

деляет комбинация факторов риска. Определение их роли в каждом отдельном случае позволит индивидуализировать лечебную и профилактическую тактику и повысить их эффективность, возможно, уменьшив экономические затраты.

Ключевые слова: гастроуденальная патология у детей, биопсихосоциальная модель медицины.

Lychkovska O.L.

Lviv National Medical University named after Danylo Halytskyi, Lviv, Ukraine

BIOPSYCHOSOCIAL MODEL OF GASTROUDENAL PATHOLOGY IN CHILDREN

Summary. From the standpoint of the biopsychosocial model of medicine, the formation of gastroduodenal diseases occurs as a result of interaction of biological, psychoemotional and psychosocial factors. Contribution of each of them to the development of certain nosological entities of gastroduodenal pathology in children is not studied enough. Current study was **aimed** to investigate the contribution of biological, psychoemotional and psychosocial factors to the formation of various nosological entities of gastroduodenal pathology in children and correlation between them. **Materials and methods.** The study involved 83 children aged 6 to 11 years with gastroduodenal diseases. The control group consisted of 45 children who showed no somatic pathology. To analyze the value of certain factors in the development of gastroduodenal pathology in children, methods of multiple correlation and factor analysis were used. **Results.** The findings showed dominance of the role of psychoemotional and psychosocial factors in the formation of functional disorders

of the stomach and duodenum and gastritis/gastroduodenitis, while in destructive forms of gastroduodenal pathology, contribution of biological factors was predominant. Heterogeneity of functional dyspepsia as nosologic entity was revealed — both risk factors for mucosal destruction and psychoemotional factors, which are typical for functional disorders, were of great value. This explains the different course of functional dyspepsia — in some cases it is non-progressive, when the disorder remains functional for decades, and in others — this is the first stage of the continuum «functional dyspepsia — gastritis/gastroduodenitis — ulcer». **Conclusion.** Formation of gastroduodenal diseases, their course, prognosis are determined by the combination of risk factors. Defining their role in each case will enable to individualize the treatment and prevention approaches and to increase their efficiency, perhaps by reducing the economic costs.

Key words: gastroduodenal pathology in children, biopsychosocial model of medicine.