

pleurisy. The effectiveness of the therapy has been also confirmed by the positive dynamics in radiographs. It has significantly improved all parameters of life quality, which is reflected in a significant decrease in functional limitations and high social activity of the patients. The combination of drugs offered significantly reduces the cost of treatment for each patient.

УДК 616.33-002-053.2-07-085

Волошин К.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

*Актуальность функциональной патологии в детском возрасте и, в частности, ФД обусловлена отсутствием единого мнения о патогенезе заболевания, трактовки его сущности, подходов к терапии. Значительные отличия различных клинических форм ФД, позволяет предполагать последовательность их развития и схожесть с иными нозологическими единицами. Цель работы: клиничко-параклиническа оцeнка клинических форм ФД с целью обоснования подходов к постановке диагноза и назначению лечения. Материалы и методы. Были обследованы 130 детей в возрасте 6-17 с диагнозом ФД поставленным в соответствии с рекомендациями РК III после верификации эндоскопическим исследованием (неизменная слизистая желудка и эритематозная гастродуоденопатия). Была исследована моторная функция желудка, инфицированность *H.pylori*, секреторная функция желудка, определены уровни ИЛ 1 α и ФНО α в сыворотке крови. Методом факторного анализа были исследованы взаимосвязи этих показателей при разных клинических вариантах ФД (ПДС и СЭБ). Результаты и выводы. Проведенный анализ факторов при ФД у детей показал, что ПДС и СЭБ имеют существенные отличия. Детям младшего возраста характерен ПДС с минимальными клиничко-параклиническими проявлениями. У детей старшего возраста чаще встречается СЭБ с более выраженными изменениями. Можно предположить, что ПДС со временем, при отсутствии или неадекватности терапии, трансформируется в СЭБ, схожий с хроническим гастритом и требующий соответственной терапии.*

Ключевые слова: дети, гастроэнтерология, функциональная диспепсия, диагностика, лечение.

Робота виконана в рамках НІР «Структурно-функціональна характеристика захворювань верхнього відділу шлунково-кишкового тракту у дітей: принципи профілактики та лікування» № 0111U003591

Введение

Актуальность функциональных заболеваний различных органов и систем в педиатрии обусловлена тем, что именно в детском и подростковом возрасте изменения внутренних органов часто вызваны не нарушениями их морфологической структуры, а нарушениями функций того или иного органа или системы. В педиатрии всегда разграничивались понятия функциональные заболевания и нарушения функций. Под функциональными понимают изменения, возникающие вследствие нарушений регуляций того или иного органа или системы центрального или периферического происхождения. Под нарушением функции понимается изменение деятельности того или иного органа, которое может развиваться как на фоне функционального заболевания, так и органического поражения. Так, например, нарушение желудочной секреции при хроническом гастрите представляет собой нарушение функции. Однако это нарушение функции может отмечаться и при функциональной диспепсии, при которой органические (морфологические) изменения отсутствуют [1].

Особое место среди функциональной патологии детского возраста занимают функциональные заболевания пищеварительной систе-

мы. Учитывая, что они развиваются обычно на фоне недостаточно сформированной и закрепившейся деятельности центральной и периферической нервной системы – эти заболевания продолжают изучаться, и многие вопросы, в частности классификации, принципов терапии функциональных заболеваний, остаются дискуссионными. Это вплотную касается и одного из самых частых функциональных заболеваний пищеварительной системы – функциональной диспепсии (ФД). В своем развитии ФД, прежде чем прийти к сегодняшнему определению, прошла ряд этапов: от функциональных секреторно-двигательных заболеваний желудка, синдрома раздраженного желудка, неязвенной диспепсии и целого ряда других до современного определения, представленного в 2006 году в Римских критериях (РК) III [2,5].

Согласно РК III ФД определяется как комплекс симптомов, относящихся к гастродуоденальной области (чувство переполнения после обычного приема пищи; раннего насыщения, предшествующее завершению обычного приема еды; боль или изжога, локализованная в подложечной области и беспокоящие не меньше одного раза в неделю; отсутствие облегчения после дефекации или связи диспепсии с изменением частоты и формы испражнений), при от-

сутствии каких-либо органических, системных или метаболических заболеваний, которые могли бы объяснить эти проявления.

Выделены следующие клинические варианты: 1) Постпрандиальный дистресс-синдром (ПДС) (диспептические симптомы, вызываемые приемом пищи (meal-induced dyspeptic symptoms - PDS) и 2) Синдром эпигастральной боли (СЭБ) (epigastric pain – EP) [2,4,5].

Цель работы

Клинико-параклиническая оценка клинических форм ФД с целью обоснования подходов к постановке диагноза и назначению лечения.

Материалы и методы

Под наблюдением в детском городском гастроэнтерологическом отделении г. Харькова (КУОЗ «ХГДКБ №19) находилось 130 детей в возрасте от 6 до 17 лет. Все дети поступили в стационар в периоде обострения заболевания с жалобами и объективными данными, характерными для гастродуоденальной патологии. На первом этапе исследования была проведена верификация заболевания – исключена органическая патология органов гастродуоденальной зоны с помощью эндоскопического исследования. Критериями постановки диагноза ФД было либо полное отсутствие каких-либо эндоскопических изменений (37 детей – 26%), либо наличие поверхностных катаральных приходящих изменений (эритематозная гастропатия), которые, в соответствии с РК I, II и III, также исключают органические изменения 93 ребенка – 74%). У всех исследованных пациентов определялась длительность анамнеза заболевания, показатели моторной функции желудка, показатели секреторной функции желудка (рН антрального отдела (рН antr.) и тела желудка (рН cor.), инфицированность *H. pylori* (значение уреазного дыхательного «Хелик-теста»), уровень фактора некроза опухоли α (ФНО- α) и интерлейкина-1 α (ИЛ-1 α) в сыворотке крови.

После анализа клинических проявлений и объективных данных в соответствии с рекомендациями РК III, больные ФД были разделены на две группы: группу с ПДС и группу с СЭБ.

Для исследования взаимосвязей показателей при двух клинических вариантах ФД – ПДС и СЭБ был использован факторный анализ. Для выявления особенностей клинических проявлений при двух вариантах заболевания сформулирована гипотеза об информативности структуры взаимосвязей исследованных показателей, которая должна отличаться при разных вариантах его течения. Для проверки указанной гипотезы проведен факторный анализ имеющихся данных и построены соответствующие факторные структуры.

Факторный анализ - метод, позволяющий редуцировать данные путем выявления зависимостей между ними до размеров, поддающихся

анализу и интерпретации [3]. Использование данного метода не требует проверки распределения исследуемых показателей на нормальность.

Были построены факторные структуры для групп мальчиков и девочек при двух вариантах заболевания с учетом 6 и 8 исследованных признаков. Для удобства сравнения оба варианта заболевания, как у мальчиков, так и у девочек, представлены в одной структуре. На рисунках сплошными жирными линиями обозначены сильные положительные связи, средними по жирности линиями – средние по степени связи, тонкими линиями – слабые связи, соответствующим пунктиром – отрицательные связи разной силы.

На рис. 1 представлены факторные структуры признаков ФД у мальчиков, построенные с учетом 6 показателей.

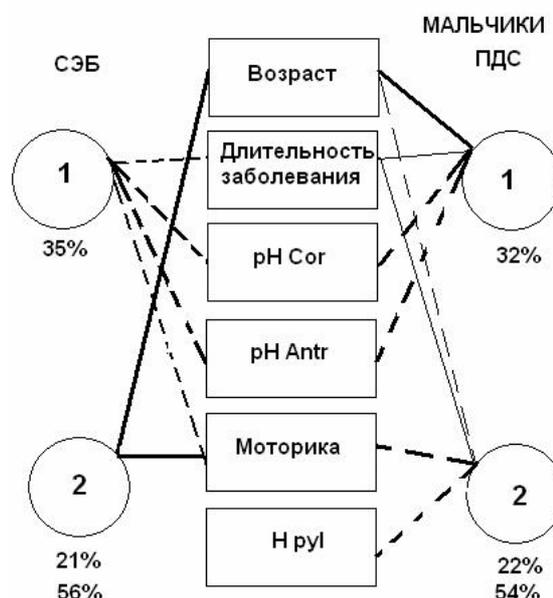


Рис. 1. Факторная структура показателей функциональной диспепсии при двух вариантах у мальчиков

Для обеих клинических форм ФД структуры пластичные, поскольку образованы двумя факторами. Вклад факторов в общую дисперсию сходный и составляет 56% для СЭБ и 54% для ПДС, следовательно, на случайную составляющую приходится 44% и 46% соответственно. При СЭБ первый фактор образует сильные отрицательные связи с комплексом показателей желудочной секреции (рН Cor., рН Antr.), поэтому может быть назван «кислотообразующим», со средними по силе отрицательными связями входят также длительность заболевания и моторика. Полученную конфигурацию связей в факторе можно трактовать так, что при меньшей длительности заболевания снижены показатели желудочной моторики и снижены значения рН желудка, что свидетельствует о более выраженном кислотообразовании и снижении ощелачивающей функции.

Второй фактор при СЭБ, образующий сильные положительные связи с возрастом и моторной функцией желудка, может быть назван «моторным». Он указывает на усиление моторной функции желудка у больных с СЭБ с увеличением возраста.

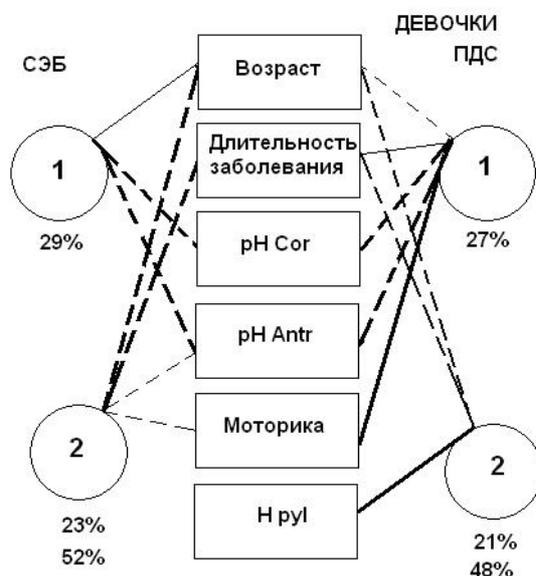


Рис. 2. Факторная структура показателей функциональной диспепсии при двух клинических вариантах у девочек.

Факторная структура при ПДС образована также двумя факторами, причем вклад каждого фактора в общую дисперсию сходен с СЭБ. Однако конфигурация связей в факторах существенно отличается от СЭБ. Так, первый фактор содержит показатель возраста, который представлен сильной положительной связью, и комплекс рН, образующий сильные отрицательные связи. Кроме того, со средней по силе положительной связью в фактор входит длительность заболевания. Фактор может быть назван «кислотно-возрастным». Конфигурация связей показателей с фактором показывает, что с увеличением возраста и длительности заболевания происходит уменьшение показателей рН Antr, т.е. происходит рост показателей кислотности желудка.

Второй фактор при ПДС связывает показатели моторики и *H.pylori* сильной отрицательной связью, возраст – слабой отрицательной связью, длительность заболевания – слабой положительной. Фактор может быть назван «моторно-хеликобактерный». Конфигурация связей фактора указывает на снижение показателей желудочной моторики и обсемененности *H.pylori* при снижении возраста. Так же при этом отмечается тенденция к увеличению длительности анамнеза заболевания.

Таким образом, конфигурация факторных структур при двух вариантах заболевания у мальчиков различная. Четко прослеживаются отличия между ПДС и СЭБ, проявляющиеся разницей в возрасте больных, изменениями же-

лудочной моторики и кислотности, а так же их связью с длительностью анамнеза заболевания и инфицированностью *H.pylori*. При СЭБ кислотообразующая функция желудка усиливается с увеличением возраста больных и длительностью анамнеза болезни, в то время как при ПДС показатели желудочной моторики и инфицированности *H.pylori* снижаются с уменьшением возраста больных.

На рис. 2 представлена факторная структура связей показателей ФД при двух вариантах заболевания у девочек, построенная для 6 показателей.

Полученные факторные структуры при СЭБ и ПДС пластичные, так как образованы двумя факторами. При СЭБ вклад факторов в общую дисперсию составляет 52% (вклад случайной составляющей 48%), а вот при ПДС вклад в общую дисперсию только 48%, поэтому вклад случайной составляющей – 52%.

Первый фактор при СЭБ у девочек образован тремя показателями и может быть назван «кислотообразующим». В отличие от группы мальчиков с СЭБ в него входит возраст, но со слабой положительной связью. Можно сказать, что этот фактор приводит к снижению показателей комплекса рН Antr. С увеличением возраста, что может свидетельствовать об увеличении желудочной кислотности у старших детей. Второй фактор, который может быть назван «возрастным». Он указывает на уменьшение длительности анамнеза заболевания при уменьшении возраста, а также на некоторое снижение моторной и ощелачивающей функций желудка, хотя влияние его на эти два показателя слабое.

При сравнении полученных факторных структур при СЭБ девочек и мальчиков, можно отметить их отличия, что говорит о наличии половых различий в показателях, характеризующих различные клинические варианты ФД. Так, если у мальчиков показатели моторики представлены сильными положительными связями и выражено увеличиваются с увеличением возраста, то у девочек этого нет. Кроме того, у мальчиков кислотообразующий комплекс (рН Antr.) связан с моторной функцией желудка и длительностью анамнеза заболевания, а у девочек только с возрастом, причем связи эти выражены менее значимо.

При ПДС у девочек факторная структура представлена двумя факторами, первый из которых может быть назван «кислотно-моторным», второй «хеликобактерным». В первом факторе слабо, практически условно, представлены возраст и длительность заболевания, зато кислотообразующий комплекс (рН Antr.) и моторная функция желудка образуют с фактором сильные связи. Так, при повышении кислотообразующей функции желудка происходит и усиление его моторной функции. У мальчиков

при ПДС рост кислотности наблюдается с увеличением возраста и не связан с моторной функцией желудка. Второй фактор у девочек при ПДС указывает на рост инфицированности *H.pylori* при снижении возраста и длительности заболевания. Второй фактор, также, существенно различается у девочек и мальчиков.

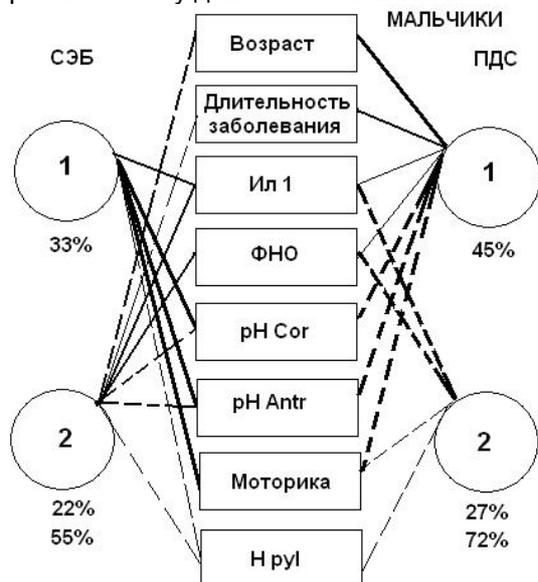


Рис. 3. Факторная структура показателей функциональной диспепсии при двух клинических вариантах у мальчиков с учетом 8 показателей.

Таким образом, характерными отличиями для группы девочек с СЭБ являются усиление кислотообразующей функции желудка с увеличением возраста больных. В то же время с уменьшением возраста снижается длительность анамнеза заболевания и уменьшаются показатели моторной функции желудка, что может свидетельствовать о некотором сходстве детей младшего возраста в этой группе с группой ПДС. Для девочек с ФД с ПДС отличительными оказались усиление моторной функции желудка при повышении кислотообразующей функции, а так же снижение длительности анамнеза заболевания с уменьшением возраста детей.

Во втором варианте расчета к комплексу исследованных показателей были добавлены еще 2 – уровень содержания провоспалительных цитокинов ФНО-α и ИЛ-1α в сыворотке крови детей с ФД, которые свидетельствуют о наличии или отсутствие воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка.

На рис. 3 представлена факторная структура мальчиков при двух вариантах заболевания с учетом 8 показателей.

Учет провоспалительных цитокинов привел к трансформации факторных структур. Если вклад факторов при СЭБ в общую дисперсию изменился мало (на 1%), то при ПДС увеличился до 72%, т.е. вклад случайной составляющей значительно снизился. Таким образом, вклад провоспалительных

цитокинов повысил информативность факторной структуры при ПДС. Это может свидетельствовать о высокой информативности уровня ФНО-α и ИЛ-1α в сыворотке крови детей при ПДС, так как известно, что для этого клинического варианта ФД характерны начальные, обратимые изменения СОЖ, наличие которых и может быть заподозрено при повышении уровня ФНО-α и ИЛ-1α в сыворотке крови.

При СЭБ первый фактор теперь объединяет с сильными положительными связями кислотообразующий комплекс (рН Cor.) и моторную функцию желудка, со средней по силе связью Ил-1 α. Фактор может быть назван «кислотно-моторным». Почти условно в нем присутствует и компонент инфицированности *H.pylori*. Второй фактор не образует ни с одним показателем сильных связей, а имеет почти со всеми показателями, кроме моторной функции желудка, средние и слабые связи разных знаков. В него входят показатели провоспалительных цитокинов со средними по силе положительными связями и показатели ощелачивающего комплекса с отрицательными. Повышение уровня провоспалительных цитокинов и усиление кислотообразующей функции желудка связаны со снижением возраста детей и сокращением длительности анамнеза заболевания. Такие связи могут свидетельствовать о начале заболевания, возможно о периоде обострения. Фактор может быть назван «общим».

При ПДС первый фактор объединяет все показатели, кроме хеликобактерной инфекции, причем его вклад в общую дисперсию достаточно большой и составляет 45%. Его можно назвать «кислотно-моторно-возрастной», поскольку все эти показатели входят в фактор с сильными связями. Увеличение возраста и длительности заболевания приводит к повышению кислотности (снижению значений показателей комплекса рН Cor.) и снижению моторной функции желудка. Показатели провоспалительных цитокинов также входят в фактор, но представлены слабыми связями.

Второй фактор может быть назван «воспалительным», поскольку образует с показателями провоспалительных цитокинов сильные отрицательные связи, что свидетельствует о менее выраженном повышении их уровня у детей с ПДС. Со слабыми отрицательными связями в фактор входят показатели моторной функции желудка и хеликобактерной инфекции.

Полученные факторные структуры при двух клинических вариантах ФД существенно различаются.

На рис. 4 представлена факторная структура девочек при двух вариантах заболевания с учетом 8 показателей.

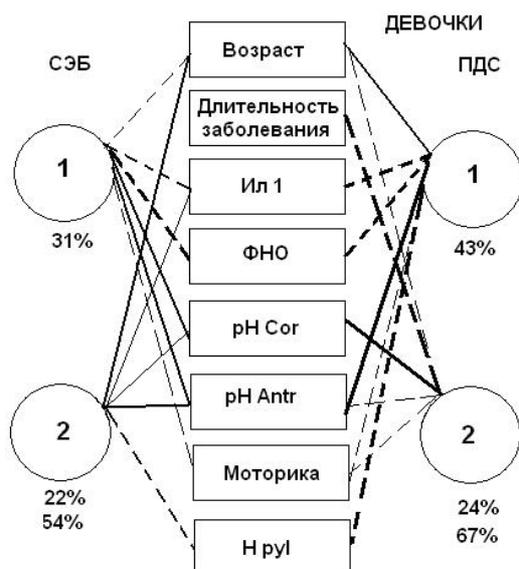


Рис. 4. Факторная структура показателей функциональной диспепсии при двух клинических вариантах у девочек с учетом 8 показателей.

Первый фактор при СЭБ образует разные по силе и направлению связи почти со всеми факторами, но сильные отрицательные связи только с ФНО-α и средние по силе связи с показателями кислотного комплекса. Таким образом, фактор может быть назван «воспалительно-кислотным», причем снижение значений ФНО-α сопровождается снижением кислотности желудка. У мальчиков (рис.3) конфигурация связей в первом факторе другая, что говорит о различном течении заболевания у детей разного пола.

Второй фактор образует значимые положительные связи с возрастом детей, хеликобактерной инфекцией и показателями pH Antr. Слабее в нем представлены Ил-1 α и pH Cor. Фактор может быть назван «хеликобактерно-кислотно-возрастным». Связи в факторе указывают на снижение инфицированности H.pylori и кислотности с увеличением возраста. Если сравнивать структуру связей у девочек и мальчиков при СЭБ, то можно отметить наличие определенных различий в конфигурации факторов.

При ПДС в первый фактор, вклад которого в общую дисперсию возрос до 43%, как и у мальчиков при этом варианте заболевания, с сильными отрицательными связями вошли показатели провоспалительных цитокинов и показатель инфицированности H.pylori, с сильной положительной связью - pH Antr. Возраст входит в показатель со средней по силе положительной связью. Фактор может быть назван «воспалительно-хеликобактерно-кислотным». В отличие от мальчиков с этим же вариантом заболевания, у девочек снижение показателей провоспалительных цитокинов и инфицированности H.pylori происходит с увеличением возраста и снижением кислотности, о чем свидетельствует возрастание значений pH Antr. У мальчиков увеличение возраста вызывает некоторый рост уровня

ФНО-α и Ил-1 α, а также повышение кислотности желудка.

Второй фактор может быть назван «кисотно-анамнестическим». Он образует сильные положительные связи с показателями pH и отрицательные с длительностью анамнеза заболевания. Связи в факторе указывают на укорочение длительности анамнеза заболевания при ПДС и более высокие значения кислотообразующей функции желудка у девочек с данным клиническим вариантом ФД в сравнении с мальчиками.

Результаты и их обсуждение

Проведенный анализ факторов при ФД у детей показал, что ПДС и СЭБ имеют существенные отличия. Длительность анамнеза заболевания и возраст больных ниже при ПДС, чем при СЭБ. Показатели моторной и кислотообразующей функций желудка зависят от пола и возраста больных, так же отмечается усиление желудочной моторики и возрастание уровня провоспалительных цитокинов.

Для ПДС характерно снижение возраста детей и длительности анамнеза заболевания. Выявлена связь этих признаков со снижением моторной и кислотообразующей функций желудка. Так же характерным является снижение уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови в сравнении с СЭБ. Для девочек с данным клиническим вариантом ФД характерны более высокие показатели кислотообразующей функции желудка, чем у мальчиков.

В то же время при СЭБ были выявлены связи между снижением возраста больных и длительности анамнеза заболевания с увеличением уровня ФНО-α и Ил-1 α, что может свидетельствовать как о смешанном течении ФД, так и об остром периоде заболевания.

Хеликобактерная инфекция не имела сильных связей с какими-либо признаками при СЭБ, что свидетельствует об отсутствии четкой связи H.pylori с проявлениями ФД. В то же время при ПДС выявлена сильная отрицательная связь H.pylori практически со всеми исследованными показателями. Это может свидетельствовать об отсутствии хеликобактерной инфекции у детей с ПДС, либо о низком уровне обсемененности.

Выводы:

Проведенный анализ клинико-параclinical характеристик ПДС и СЭБ выявил существенные отличия между данными клиническими формами ФД.

Для ПДС, встречающегося чаще у детей младшего возраста, характерно преимущественно нарушение моторной функции желудка без выраженных изменений желудочной секреции. Слизистая желудка чаще без визуальных изменений, уровень провоспалительных цитокинов в

сыворотке крови повышен незначительно.

СЭБ присущ детям старшего возраста. Слизистая желудка характеризуется наличием поверхностных катаральных изменений. К более выраженным нарушениям моторной функции желудка присоединяются выраженные нарушения желудочной секреции (повышение кислотообразующей и снижение ощелачивающей функций желудка). Уровень провоспалительных цитокинов значительно повышен.

Можно предположить, что ФД, начинающаяся у детей младшего возраста в виде ПДС, с увеличением длительности анамнеза заболеванием при отсутствии или неадекватности терапии трансформируется в СЭБ, который по своим клинико-параклиническим характеристикам схож с хроническим гастритом.

Учитывая полученные данные, при назначении терапии необходимо предусмотреть в пе-

риоде ПДС назначение режимных мероприятий, диеты, седативных средств, прокинетики. При СЭБ терапия должна быть близка к терапии хронического гастрита с обязательным учетом инфицированности *H. pylori*.

Литература

1. Белоусов Ю.В. Актуальные вопросы педиатрической гастроэнтерологии / Белоусов Ю.В. – К. : 2012. – 591 с. (сборник статей 2007 – 2011 г.г.).
2. Пиманов С.И. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей / Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. // Пособие. – Витебск : Издательство ВГМУ, 2006. – 256 с.
3. Наследов А. IBM SPSS Statistics 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных / Наследов А. – СПб. : Питер, 2013. – 416 с.
4. Tack J. Functional dyspepsia-symptoms, definitions and validity of the Rome III criteria / J. Tack, N. Talley // Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. – 2013. – N 10 (3). – P. 134-141.
5. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process / D.A. Drossman // Gastroenterology. – 2006. – V. 130 (5). – P. 1377-1378

Реферат

ПОРІВНЮВАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНИХ ОЗНАК РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ ВАРІАНТІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ У ДІТЕЙ

Волошин К.В.

Ключові слова: діти, гастроентерологія, функціональна диспепсія, діагностика, лікування.

Актуальність функціональної патології в дитячому віці та, зокрема, ФД обумовлена відсутністю єдиної думки щодо патогенезу захворювання, трактування його сутності, підходів до терапії. Значні відмінності різних клінічних форм ФД дозволяють припускати послідовність їх розвитку та подібність з іншими нозологічними одиницями. Ціль роботи: клініко-параклінічна оцінка клінічних форм ФД у дітей з метою обґрунтування підходів до встановлення діагнозу та призначення лікування. Матеріали та методи. Були обстежені 130 дітей з діагнозом ФД, що був встановлений згідно рекомендацій РК III після верифікації ендоскопічним дослідженням (незмінена слизова шлунка та еритематозна гастродуоденопатія). Була досліджена моторна функція шлунка, інфікованість *H. pylori*, секреторна функція шлунка, визначено рівень ІЛ 1α та ФНО α в сироватці крові. Методом факторного аналізу були досліджені взаємозв'язки цих показників при різних клінічних варіантах ФД (ПДС та СЕБ). Результати та висновки. Проведений аналіз факторів при ФД у дітей показав, що ПДС та СЕБ мають суттєві відмінності. Дітям молодшого віку притаманний ПДС з мінімальними клініко-параклінічними проявами. У дітей старшого віку частіше зустрічається СЕБ з більш вираженими змінами. Можна припустити, що ПДС з часом, при відсутності або неадекватності терапії, трансформується в СЕБ, що є подібним до хронічного гастриту та потребує відповідної терапії.

Summary

COMPARATIVE ANALYSIS OF CLINICAL AND PARACLINICAL SIGNS MANIFESTING VARIOUS CLINICAL VARIANTS OF FUNCTIONAL DYSPEPSIA IN CHILDREN

Voloshyn K.V.

Key words: children, gastroenterology, functional dyspepsia, diagnostics, and treatment.

The relevance of studying functional pathology in children and, in particular, functional dyspepsia (FD) is considerably determined by the lack of consensus on the pathogenesis of the disease, elucidation of its essence, approaches to the therapy. Significant differences of different clinical forms of FD suggest the sequence of their development and the similarity with other disease entities. Objective: clinical and paraclinical evaluation of the clinical forms of FD to justify approaches to establishing diagnosis and prescribing proper treatment. Materials and methods. The study involved 130 children aged 6-17 with a diagnosis of FD delivered in accordance with the recommendations of the RC III following endoscopic examination (unchanged gastric mucosa and erythematous gastroduodenopathy). We investigated the motor function of the stomach, presence of *H. pylori* infection, the gastric secretory function as well as determined the levels of IL 1α and TNF α in blood serum. The method of factor analysis was used to examine the correlation between these indicators in different clinical variants of FD. Results and conclusions. The analysis of factors in FD in children has showed that its clinical variants possess significant differences. Young children were more often observed to have the form of FD with minimal clinical and paraclinical manifestations. In older children, EPS was detected with more pronounced changes. It can be assumed that PDS over time in the absence or inadequate therapy transforms into EPS, similar to chronic gastritis and requires proper therapy.