

*I. P. Horiacheva*

## **Substantiation of the inclusion of organoprotective preparations in treatment of chronic gastroduodenitis in children**

**Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education**

**Introduction.** There was investigated morphological and functional state of the gastric mucosa in the various forms of chronic gastroduodenitis (CG) in children, the effectiveness of the methods of organoprotective therapy.

**Aim.** To study the efficacy of organoprotective preparations for the complex treatment of CG in children.

**Materials and Methods.** 122 children with gastroduodenit aged 4-15 years were measured by instrumental, histological and biochemical methods for protective properties of gastric mucosa and the processes of energy exchange of the biological tissues.

**Results.** The dependence between the degree of the lesion of the energy exchange of erythrocytes and the type of CG in children was determined. The effectiveness of CG treatment by cytoprotectors and antiinflammatory drugs was studied in several combinations. The significant strengthening of the local recovery of energy exchange with the combined use of smectite and licorice root in case of CG in children was proved.

**Key words:** destructive damage, chronic gastroduodenitis, children, energy metabolism, cytoprotection, treatment.

**Відомості про автора:**

*Горячева Ірина Павлівна* – доцент кафедри дитячих і підліткових захворювань НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Копиловського, 1/7.

УДК 616.89

© О.О. ДРЕВІЦЬКА, 2014

*О.О. Древіцька*

## **МЕТОДОЛОГІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПРИ ПОГРАНИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

**Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л. Шупика**

**Вступ.** Зростання частоти пограничних психічних розладів (ППР) у дітей молодшого шкільного віку визначає необхідність розробки методології їх психологічної корекції.

**Мета.** Розробити методологію психологічної корекції при ППР у дітей молодшого шкільного віку.

**Матеріал і методи.** Обстежено 64 пацієнти основної групи, яким було проведено індивідуально-та сімейно орієнтовану психокорекцію (ІСОП) та 42 пацієнти контрольної групи, що проходили традиційну терапію в Центрі психічного здоров'я. Методами обстеження були: клінічний і клініко-психологічні, зокрема: опитувальник для батьків і колірний тест ставлення (КТС), що запропонував А. М. Еткінд для діагностики інтрапсихічних конфліктів.

**Результати.** Розроблено комплекс ІСОП, який базувався на гуманістичній парадигмі і включав психологічні підходи, що відповідали віковим особливостям дітей молодшого шкільного віку: ігрові заняття, арт-терапевтичні (малюнком)

завдання та психогімнастичні вправи. При проведенні психологічної корекції в центрі уваги були: корекція емоційного стану дітей, підвищення їх самооцінки, формування саногенної картини хвороби дитини (КХД) у батьків і внутрішньої картини хвороби (О.Р. Лурія) у дітей. Результати проведеного обстеження свідчили про ефективність психологічної корекції: знизився показник клініко-психологічної дезадаптації у хворих і кількість інтрапсихічних конфліктів у дітей і батьків.

**Висновки.** Методологічні основи психологічної корекції для дітей молодшого шкільного віку з ППР передбачають психологічну роботу з батьками і дітьми. Психологічна робота з батьками включає корекцію КХД. Психологічна робота з дітьми передбачає стабілізацію емоційного стану пацієнтів, розвиток у них психологічних задатків і підвищення їх самооцінки.

**Ключові слова:** пограничні психічні розлади, діти, молодший шкільний вік, методологія, психологічна корекція.

### ВСТУП

Зростання частоти пограничних психічних розладів (ППР) у дітей [1-2] визначає потребу в розробці та проведенні відповідної до цих розладів психологічної корекції. Дослідження показало наявність у більшості дітей з ППР пограничного когнітивного дефіциту і внутрішніх психологічних конфліктів [3-4]. При проведенні психологічної корекції фахівці особливу увагу звертали на корекцію емоційної сфери дітей, їх гіперкінетичних розладів і ставлення батьків до виховання дітей [5-7].

Ситуація ускладнюється неправильним ставленням більшості батьків і вчителів до розладів у хворих дітей. З метою вдосконалення психологічної корекції розроблено методологію її проведення. Методологія психокорекції передбачає корекцію внутрішньої картини хвороби (ВКХ) у дітей і картини хвороби дітей (КХД) у батьків, і включає розуміння батьками характерних симптомів і психологічних особливостей хворих (у тому числі пограничного когнітивного дефіциту), їх труднощів у процесі навчання.

**Мета.** Розробити методологію психокорекції при ППР у дітей молодшого шкільного віку.

### МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Обстежено 64 пацієнти 7-10 років основної групи з ППР, які з 2008 по 2012 рік лікувалися у Центрі психічного здоров'я (ЦПЗ) для дітей і підлітків, що розташований на базі КМКПНЛ №1 м. Києва та 76 батьків пацієнтів цієї групи (52 матері та 24 батька, гендерна різниця в кількості обстежених батьків була зумовлена тим, що у 31,25% з числа обстежених дітей були неповні родини і матері частіше навідували хворих дітей). Контрольною була рандомізована за віком, статтю і характером розладів група, яка складалася з 42 дітей з ППР та їх 54 батьків (36 матерів і 16 батьків).

Обстежених дітей основної групи можна було умовно розділити на підгрупи за провідним діагнозом: підгрупа дітей з невротичними розладами – 21 дитина (з діагнозами рубрик: F95-98; F4 і супутніми: F80-81; F06), підгрупа з неврозоподібними розладами – 23 дитини (діагнози рубрик: F95-98; F06-07 і супутніми: F90-94; F80-83) і підгрупа з емоційно-поведінковими розладами – 20 дітей (з діагнозами рубрик: F90-93 і супутніми: F95-98; F80-81; F06-07).

Методами обстеження були: клінічний і клініко-психологічні. Для досягнення мети цієї роботи показано результати обстеження внутрішньої картини хвороби (ВКХ) дітей і картини хвороби дітей (КХД) у батьків (наповненість поняття аналогічна тій, яку запропонував А. Р. Лурія [8] щодо ВКХ). Досліджувалися три

компоненти ВКХ і КХД у дітей і батьків: когнітивний, емоційний і поведінковий. Дослідження ВКХ у дітей з ППР проводили в процесі діалогу з пацієнтами від імені іграшкового персонажу: дитина відповідала на запитання від імені іграшки, – таким чином у процесі гри дізнавалися, як розуміє та емоційно ставиться дитина до розладів, «від яких потерпав іграшковий персонаж». При дослідженні КХД у батьків використовували опитувальник, який містив запитання про когнітивний компонент розуміння батьками розладів у дітей, про їх емоційне ставлення до таких розладів і про поведінку батьків при розладах у дітей. Колірний тест ставлення (КТС), що запропонував А. М. Еткінд [9], надавав можливість в експрес-режимі діагностувати наявність інтрапсихічних конфліктів у дітей і батьків.

Для статистичної обробки отриманих психодіагностичних даних використовувалися параметричні та непараметричні методи статистичного аналізу, зокрема вірогідність різниці середніх показників, їх оцінка за t-критерієм Стюдента і  $\chi^2$ - розподіл.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оскільки у понад 70% з числа пацієнтів молодшого шкільного віку, які лікувалися у ЦПЗ з приводу ППР, мав місце пограничний когнітивний дефіцит, коли рівень загального або вербального інтелекту дитини за тестом Векслера (WISC) були в межах 70-85 (як було показано в попередній роботі [3]), то ці дані дотично свідчили про труднощі навчання та адаптації пацієнтів у загальноосвітній школі та про недостатнє усвідомлення ними своїх психологічних конфліктів і наявних пограничних розладів. Наявність енурезу, заїкання, астенії, психастенії та інших симптомів, а також когнітивного дефіциту, емоційних психологічних конфліктів не мало вірного розуміння, насамперед, у батьків хворих дітей, що не створювало саногенної атмосфери у родинах дітей.

З числа обстежених, більшість батьків основної (84,2%) і контрольної (83,3%) груп не усвідомлювали та не мали достатнього розуміння розладів у дітей ( $p > 0,001$ ). Одні батьки (36%) звинувачували у хворобі дитини свого партнера (наявного або вже бувшого), заявляючи, що саме в «нього у роду були подібні розлади», інші (24%) – звинувачували хворих дітей: при емоційно-поведінкових розладах, при енурезі. Переважна більшість батьків не усвідомлювала причини і сутність ППР, їх розвиток, супутні прояви хвороби та індивідуальні психологічні особливості дитини.

Дослідження ППР та їх феноменології показали індивідуальний характер етіопатогенезу, клініки і розвитку пограничних розладів, що спрямувало психокорекційну роботу в русло гуманістичної парадигми і розробки комплексу індивідуально- та сімейно орієнтованої психокорекції (ІСОП).

Проведення ІСОП передбачало декілька складових: корекцію емоційного стану дітей, їх самооцінки; корекцію КХД у батьків; формування саногенної ВКХ у дитини; подолання інтрапсихічних емоційних конфліктів у пацієнтів та при необхідності у батьків; демонстрацію та навчання іншим копінг-стратегіям батьків і дітей. Психокорекція проводилася на тлі терапії затримок когнітивного розвитку дітей (при співпраці з логопедом і педагогом-дефектологом).

Використовували відповідні до віку та онтогенетичного розвитку дітей психокорекційні методи: арт-терапію, ігрову терапію, казко-терапію, психогімнастичні вправи [5-7].

Корекція емоційного стану дітей відбувалася не тільки у процесі арт-терапевтичних занять, але й по ходу ігрової терапії. При підвищенні тривожності та напруженні дитини, для стабілізації емоційного стану, використовували ігрові вправи з релаксацією, психогімнастичні вправи.

При наявності пограничного когнітивного дефіциту націлювали маленьких пацієнтів на старанність у процесі навчання. Для цього нагадували казкових персонажів: художні образи Буратіно, Незнайки уособлювали неслухняних, гіперактивних дітей, які з часом «змінили свою поведінку», стали «старанними ... і їх успіхи в навчанні ставали кращими».

Гіперактивним пацієнтам надавали можливість відреагувати свою розгальмованість у процесі виконання психогімнастичних вправ, які допомагали дитині володіти своїми емоціями, поведінкою та психомоторикою.

При енурезі використовували навіювання наяву: «Так само, як вдень ти добре відчуваєш свій живіт, так само ти вмєєш його відчувати вночі»; прийом «навчити» ігравшого персонажа «бути охайним». При заїканні долучали знайомі техніки: «розмовляти плавно», «говорити пошепки», «вимовляти на видоуху»; і вправи: «граємо на сопілці», «дуємо на човник» – навчання кращому володінню дитиною своїми артикуляційними м'язами, диханням.

Інтрапсихічні конфлікти і поведінкові розлади долали в процесі «діалогу» ігравшких персонажів, при програванні казкових сюжетів, що за змістом були співзвучні психологічним труднощам дитини. Через ігравшких персонажів та казко-терапію проводили опосередковані навіювання для підвищення самооцінки дітей, навчання їх адаптивним копінг-стратегіям у взаємодії з дорослими та однолітками. Пропонували пацієнтам у процесі гри знаходити шляхи долання психологічних конфліктів, прийнятні способи усвідомлення і вираження емоцій, стабілізації емоційно-поведінкових реакцій, гармонізації взаємодії з персонажами, які уособлювали: батьків, вчителів, інших дітей.

Паралельно, у формі гри, формували саногенну ВКХ: у доступній формі, через іграшки, дітям пояснювали їх індивідуальні особливості (симптоматику розладів, емоційні та поведінкові реакції), що було важливим для стабілізації самооцінки та емоційного стану пацієнтів.

Як було зазначено, батьки мали хибні уявлення про ППР у дітей (від анозогнозії до гіпернозогнозії і невинуватих страхів). При ЕГР частіше спостерігалися гіпнозогнозії (у 68,9% батьків); гіпернозогнозії частіше мали місце у батьків дітей з НР і ННР (у 66,4% і 69,5%). Корекцію КХД у батьків проводили відповідно до трьох умовних складових: когнітивної, емоційної та поведінкової.

Корекція когнітивного компонента: батькам пояснювалася сутність розладів у дитини, зокрема індивідуального етіопатогенезу (враховуючи конституційні особливості, стан нервової системи, характеристики емоційної та когнітивної сфери); клініко-психологічних проявів, у тому числі симптомів та інтрапсихічних емоційних конфліктів і способи їх подолання. Наголошувалося на наявності у кожної дитини індивідуального спектру компенсаторних адаптивних задатків, які можуть слугувати основою для розвитку дитини. Такі пояснення зменшували почуття провини у батьків, давали початок долання неадаптивних психологічних захисних механізмів. Корекція сприяла розумінню батьками труднощів навчання за програмою загальноосвітньої школи дітей із пограничним когнітивним дефіцитом і необхідності проведення з ними додаткових логопедичних і психокорекційних занять.

Правильне розуміння батьками ППР у дітей створювало основу для зміни їх емоційного ставлення до дітей і для зміни поведінки батьків. Дорослим пояснювали необхідність толерантного ставлення до результатів навчання дітей, надавали поради, як стимулювати їх пізнавальні інтереси, базуючись на «зонах їх ближчого розвитку» та індивідуальних здібностях.

Корекція емоційного та поведінкового компонентів КХД у батьків мала на меті налагодження теплого, люблячого ставлення батьків до дітей, зміну стереотипів їх виховання та взаємодії. Корекційна робота з батьками проводилася за допомогою використання окремих вправ із гештальт-терапії, поведінкової терапії. Найбільш ефективно долалися психологічні захисні бар'єри в роботі не тільки з дітьми, але й з їх батьками, при використанні іграшок: вони виконували відповідні «ролі» в процесах сімейної взаємодії. Такі підходи надавали змогу учасникам терапії, за механізмом проєкції, виявляти психологічні конфлікти і долати їх; дивитися на ситуацію розотожнено, при тому були простими для виконання та усвідомлення.

У процесі психологічної корекції в цілому психолог формував нові уявлення про актуальну сімейну проблему, разом з батьками створював напрями нової стратегії сімейних відносин, підвищував психологічну культуру родини, опосередковано потенціював духовний розвиток батьків, навчав їх та дитину прийомам психологічного захисту, формував арсенал адаптивних копінг-стратегій та сімейної психологічної взаємодопомоги.

Оцінка ефективності проведеної роботи відбувалася за результатами катamnестичних обстежень 64 пацієнтів після ІСОП і рандомізованої (за віком, статтю та вираженістю ППР) контрольної групи з 42 дітей, які пройшли традиційне лікування. Катamnестичні дані (в період від 10 до 12 місяців) показали поліпшення клінічних характеристик пацієнтів, які пройшли зачаття з ІСОП: відсутність клініко-психологічної дезадаптації протягом 10-12 місяців спостерігалось у 81,3% дітей, які пройшли ІСОП, тоді як у контрольній групі не було клініко-психологічної дезадаптації лише у 38,1% дітей з ППР ( $\chi^2=4,8$ ;  $p<0,05$ ). Спостерігалось суттєве зниження кількості інтрапсихічних конфліктів у дітей основної групи порівняно з дітьми контрольної. Після ІСОП спостерігалось зниження сумарного показника емоційних конфліктів (за КТС, А. М. Эткінда) з  $1,53\pm 0,18$  до  $1,1\pm 0,13$  ( $p<0,05$ ); тим часом у дітей, які не проходили ІСОП, цей показник знизився через рік до рівня  $1,35\pm 0,32$  ( $p>0,05$ ).

### ВИСНОВКИ

1. Запропоновано методологію психологічної корекції при ППР у дітей молодшого шкільного віку, що базувалася на принципах гуманістичної парадигми і передбачала проведення комплексу занять індивідуально- та сімейно орієнтованої психокорекції (ІСОП).

2. ІСОП передбачала відповідні до віку дитини методи: ігрову та казко-терапію, психогімнастичні вправи та арт-терапію з використанням малюнкових завдань. Завданнями ІСОП були: корекція емоційного стану дітей, їх самооцінки; корекція КХД у батьків; формування саногенної ВКХ у дитини; подолання інтрапсихічних емоційних конфліктів у пацієнтів та при необхідності у батьків; демонстрація та навчання іншим копінг-стратегіям батьків і дітей. Психокорекція проводилася на тлі терапії затримок когнітивного розвитку дітей (при співпраці з логопедом і педагогом-дефектологом).

3. Ефективність розробленого комплексу ІСОП дало змогу досягти суттєвих терапевтичних результатів: відсутність клініко-психологічних дезадаптацій протягом півроку була у 80,4% дітей, тоді як у контрольній групі – лише у 37,8% ( $p < 0,05$ ). Виявлено зниження показника емоційних інтрапсихічних конфліктів у дітей від  $1,53 \pm 0,18$  до  $1,1 \pm 0,13$ , ( $p < 0,05$ ), порівняно з  $1,35 \pm 0,32$  у контрольній групі ( $p > 0,05$ ).

#### Література

1. Мишиев В. Д. Медико-статистическая характеристика психического здоровья и психиатрической помощи населению города Киева / Мишиев В. Д. // Психічне здоров'я. – 2012. – № 3 (36). – С. 9-11.
2. Мешков В. М. Деякі регіональні особливості стану психічного здоров'я дітей кийвського регіону / Мешков В. М. // Психічне здоров'я. – 2012. – № 3 (36). – С. 93-103.
3. Древіцька О. О. Характерні особливості когнітивної сфери дітей молодшого шкільного віку з пограничними психічними розладами / О. О. Древіцька // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – К. – 2013. - Вип. 22, кн. 2. – С. 250 - 257.
4. Древіцька О. О. Соціально-психологічні фактори етіопатогенезу пограничних психічних розладів у дітей, стратегії терапії та психопрофілактики / О. О. Древіцька // Психічне здоров'я. – 2012. – № 2 (35). – С. 53-57.
5. Захаров А. И. Дневные и ночные страхи у детей / Захаров А. И. – СПб: Речь, 2007. – 320с.
6. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. – СПб.: Речь, 2002 – 312с.
7. Шалимов В. Ф. Медико-социальная помощь детям младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.18. / Шалимов В. Ф. – М. - 2007 – 356 с.
8. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии: учебное пособие [для студ. высш. учеб. завед.] / Лурия А. Р. – М.: Академия, 2002. – 384 с.
9. Эткінд А. М. Цветовой тест отношений и его применение в исследовании больных неврозами / Эткінд А. М. // Социально-психологические исследования. – 1980. – № 1. – С. 110-114.

#### *О.О. Древицкая*

### **Методология психологической коррекции при пограничных психических расстройствах у детей младшего школьного возраста**

**Национальная медицинская академия последипломного образования  
имени П.Л. Шупика**

**Введение.** Возрастание показателей частоты пограничных психических расстройств (ППР) у детей младшего школьного возраста определяет необходимость разработки методологии их психологической коррекции.

**Цель.** Разработать методологию психологической коррекции при ППР у детей младшего школьного возраста.

**Материал и методы.** Обследовано 64 пациента основной группы, им было проведено индивидуально- и семейноориентированную психокоррекцию (ИСОП)

та 42 пацієнта контрольної групи, що пройшли традиційну терапію в Центрі психічного здоров'я. Методами обстеження були: клінічний і клініко-психологічний, в частині: опросник для батьків і кольоровий тест стосунків (ЦТО), розроблений А. М. Еткіндом для діагностики інтрапсихічних конфліктів.

**Результати.** Розроблено комплекс ІСОП, який базується на гуманістичній парадигмі і включав психологічні підходи, що відповідають віковим особливостям дітей молодшого шкільного віку: ігрові заняття, арт-терапевтичні (рисункові) завдання і психогімнастичні вправи. При проведенні психологічної корекції в центрі уваги були: корекція емоційного стану дітей, підвищення їх самооцінки, формування саногенної картини хвороби дитини (КБР) у батьків і внутрішньої картини хвороби (А.Р.Лурия) у дитини. Результати проведеного обстеження показали ефективність психологічної корекції: знизився показник клініко-психологічної дезадаптації у пацієнтів і кількість інтрапсихічних конфліктів у дітей і батьків.

**Висновки.** Методологічні основи психологічної корекції для дітей молодшого шкільного віку з ППР передбачають психологічну роботу з батьками і дітьми. Психологічна робота з батьками включає корекцію КБР. Психологічна робота з дітьми передбачає стабілізацію емоційного стану пацієнтів, розвиток їх психологічних задатків і підвищення їх самооцінки.

**Ключові слова:** пограничні психічні розлади, діти, молодший шкільний вік, методологія, психологічна корекція.

*O.O.Drevitska*

## **Methodology in psychological correction borderline mental disorders in primary school children**

**Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education**

**Introduction.** Increasing the frequency of borderline mental disorders (BMD) amongst children of primary school age determines necessity to develop the methodology of psychological correction.

**Objective.** To develop a methodology of psychological correction at BMD children of primary school age.

**Material and methods.** We examined 64 patients in a main group, they were held individually and family-oriented psycho-correction (IFP) and 42 patients were in a control group, which finished traditional therapy at the Center for Mental Health. Methods of investigation were: clinical and clinical-psychological, in particular: a questionnaire to parents and color test relations (CTR) developed by A.M. Etkind to diagnose intrapsychic conflicts.

**Results.** Complex IFP was developed. It is based on the humanistic paradigm and included psychological approaches, appropriate age characteristics of children of primary school age: play sessions, art therapy (picturesque) assignments and psychological gymnastic exercises. When conducting psychological adjustment in focus were: correction of the emotional state of children, increase their self-esteem, forming sanogenic clinical picture of the child (CPC) parents and internal picture of disease in the child (A.R. Lurija). The results of the survey showed the effectiveness of psychological adjustment: decreased rate of clinical and psychological maladjustment in patients and the number of intrapsychic conflicts among children and parents.

**Conclusions.** Methodological foundations of psychological adjustment for school-age children with BMD assumed psychological work with parents and children. Psychological work with parents included correction CPC. Psychological work with



children are stabilized emotional sotoyaniyu patients develop their psychological instincts and enhance their self-esteem.

**Key words:** borderline mental disorders, children, primary school age, methodology, psychological adjustment.

**Відомості про автора:**

**Древіцька Оксана Остапівна** – к. мед. н., доцент кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Фрунзе, 103 А, тел.: (044) 468-32-17.

УДК 616-053.2

© О.В.ПОНОЧЕВНА, 2014

*О.В.Поночевна*

## ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ АРТРИТ

Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л.Шупика

**Вступ.** Розглянуто питання поширеності ювенільного ідіопатичного артриту в світі і в Україні, соціальні наслідки цієї хвороби, а також поліморфізм симптомів, що призводить до діагностичних помилок і пізньої діагностики. Виходячи з патогенезу ювенільного ідіопатичного артриту, його різні підтипи не однаково реагують на лікування. Пригнічення дії фактору некрозу пухлини дозволяє розраховувати на усунення патологічного процесу і забезпечити попередження необоротних структурних змін суглобів. Загальний підхід, який поєднує якісну діагностику і ранню інтенсивну фармакологічну стратегію, спрямований на досягнення довготривалої ремісії, буде покращувати якість життя у дітей з ювенільним артритом.

**Мета.** Оцінити ефективність інтенсифікації лікування біологічними препаратами деяких клінічних варіантів ювенільного ідіопатичного артриту.

**Матеріали і методи.** Серед 79 дітей, що знаходилися на лікуванні в НДСЛ «Охматдит» на протязі 2013 року з діагнозом ювенільний ідіопатичний артрит семи було призначено біологічний препарат адалімумаб, що є інгібітором фактору некрозу пухлини. На початку лікування визначалася активність хвороби згідно з критеріями Протоколу лікування ювенільного ідіопатичного артриту у дітей, ефективність терапії визначалася за критеріями ACR, що є показником зменшення симптомів артриту на певний відсоток.

**Результати.** Після 16 тижнів терапії всі діти продемонстрували ефективність лікування ACR30, знизивши кількість «активних» суглобів і показники візуальної аналогової шкали для пацієнта. Всі діти добре переносили введення препарату, побічних реакцій та ускладнень терапії не було. Наші результати спостереження узгоджуються з даними європейських рандомізованих клінічних досліджень.

**Висновки.** Своєчасне призначення біологічної терапії скорочує частоту рецидивів, покращує прогноз захворювання і якість життя пацієнтів, що підтверджують наші спостереження.

**Ключові слова:** ювенільний ідіопатичний артрит, діти, біологічні препарати, адалімумаб.

### ВСТУП

Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) - хронічне системне запальне захворювання або гетерогенна група захворювань сполучної тканини із