

УДК 616-001-06:616.89-008.19-053.2-071-082«364»

С.О. Мокія–Сербіна, Н.І. Заболотня, М.І. Мавропуло

Посттравматичний стресовий розлад у дітей: раннє розпізнавання та координація надання медичної допомоги в умовах воєнного часу

Дніпровський державний медичний університет, Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. (2023). 4(132): 91-98. doi 10.15574/SP.2023.132.91

For citation: Mokia-Serbina SO, Zabolotnia NI, Mavropulo MI. (2023). Post-traumatic stress disorder in children: early recognition and coordination of medical care in the conditions of war. Modern Pediatrics. Ukraine. 4(132): 91-98. doi 10.15574/SP.2023.132.91.

На сучасному етапі, коли тривають воєнні дії і можливий розвиток різних проявів психотравматичних стресових розладів у дітей, гострота і невідкладність вирішення проблеми обумовлює необхідність раннього розпізнавання симптомів розвитку посттравматичного стресового розладу у зв'язку з його частотою та високим ризиком і показниками негативних наслідків.

Мета — поліпшити якість життя дітей в умовах воєнного часу шляхом раннього розпізнавання симптомів ризику розвитку посттравматичного стресового розладу та підвищення обізнаності лікарів первинної медичної допомоги щодо цього стану та координації надання медико-психологічної допомоги.

Матеріали та методи. Практичні вказівки щодо раннього розпізнавання симптомів ризику розвитку посттравматичного стресового розладу в дітей наведено відповідно до національної Адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах (2016), Уніфікованого клінічного протоколу (первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної високоспеціалізованої медичної допомоги (2019), а також настанови Національного інституту здоров'я і клінічного вдосконалення Великої Британії (NICE, 2018) і інформацій з використанням баз даних «PubMed», «UpTo Date». При визначенні цих рекомендацій взято до уваги нову версію міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11).

Результати. Проведено аналіз клінічних настанов та наукової літератури, пов'язаних із вивченням посттравматичного стресового розладу в дітей, зокрема, раннього його розпізнавання лікарями первинної медичної допомоги. Висвітлено питання особливостей клінічного перебігу психотравматичних розладів залежно від терміну їхньої появи після травмувальної події та віку дітей. В контексті часу, що минув з моменту травмувальної події, та віку дітей наведено скринінгову програму раннього розпізнавання симптомів ризику розвитку посттравматичного стресового розладу, що потребують негайного реагування з боку працівників первинної медичної допомоги. Особливої уваги надано дітям із зони воєнних дій, географічно віддалених регіонів, переселенцям, біженцям.

Висновки. Раннє проведення короткої скринінгової оцінки ризику розвитку посттравматичного стресового розладу в дітей, своєчасне рішення питання надання медико-психологічної допомоги сприятимуть поліпшенню якості їхнього життя в умовах воєнного часу. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, розпізнавання, діти, воєнний час.

Post-traumatic stress disorder in children: early recognition and coordination of medical care in the conditions of war

S.O. Mokia–Serbina, N.I. Zabolotnia, M.I. Mavropulo

Dnipro State Medical University, Ukraine

At the current stage, when military operations continue and there is possible development of various manifestations of psychotraumatic stress disorders in children, the acuteness and urgency of solving the problem determines the need for early recognition of the symptoms of post-traumatic stress disorder, due to its frequency and high risk and indicators of negative consequences.

Purpose — to improve the quality of life of children in wartime conditions by early recognition of symptoms of the risk of developing post-traumatic stress disorder and increasing the awareness of primary care physicians about this condition and coordination of medical and psychological care.

Materials and methods. Practical guidelines on the early recognition of symptoms of the risk of developing post-traumatic stress disorder in children are presented in the national Adapted clinical guideline based on evidence (2016), Unified clinical protocol (primary, secondary (specialized) and tertiary highly specialized medical care) (2019), as well as the guidelines of the National Institute for Health and Clinical Improvement of Great Britain (NICE, 2018) and information from PubMed databases, UpTo Date. For determining these recommendations the new version of the International Classification of Diseases (ICD-11) was taken into account.

Results. An analysis of clinical guidelines and scientific literature related to the study of post-traumatic stress disorder in children, in particular, its early recognition by primary care physicians, was carried out. The question of the peculiarities of the clinical course of psychotraumatic disorders depending on the time of their appearance after a traumatic event and the age of children is highlighted. In the context of the time that has passed since the traumatic event and the age of the children, a screening program for the early recognition of symptoms of the risk of developing post-traumatic stress disorder, which require immediate response by primary care workers, is presented. Special attention was paid to children from war zones, geographically remote regions, displaced persons, refugees.

Conclusions. Early conducting of a short screening assessment of the risk of developing post-traumatic stress disorder in children, a timely decision on the provision of medical and psychological assistance, will contribute to the improvement of their quality of life in wartime conditions. No conflict or interests was declared by the authors.

Keywords: post-traumatic stress disorder, recognition, children, wartime.

Вступ

Гострий (ГСР) і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розвиваються внаслідок потужної травмувальної дії загрозливого або катастрофічного характеру (обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, фізичне та сексуальне

насильство, дорожньо-транспортні пригоди тощо). Діти є групою, що відрізняється високою віковою схильністю щодо цих станів, специфічно переживають вплив чинників надмірного стресу, часто не можуть повідомити, що їх турбує, і проявляють напругу безпосередньо через тіло, емоції, поведінку. У дітей, які перенесли травматичну подію, частіше порівняно

з дорослими розвивається ПТСР. Слід зазначити, що якщо травма в дитячому віці одразу не спричинила розвиток ПТСР, то його прояви та наслідки можуть виявлятися в підлітковому і дорослому віці [3,10].

Вплив травматичного стресу залежить від багатьох факторів, таких як тривалість розвитку події, хронічного впливу переживань [1], соціальної підтримки [12], а також генетичної схильності до впливу зовнішнього середовища, яка може включати вікові, критичні періоди (тобто час розвитку травмувальної події), ступінь стійкості хронічної травми, гендерні відмінності щодо впливу стресу на неврологічні структури [5,32,37].

Серед предикторів постратравматичного розладу в дітей перитравматичний досвід, особливо пов'язаний із суб'єктивною загрозою, може бути важливим корелятором у подальшому його розвитку [19].

За даними літератури, рівень загальної поширеності ПТСР серед дітей і підлітків становить приблизно 16% [23]. Результати міжнародних досліджень у країнах, де була війна, показують, що поширеність серед осіб, які перебували в зоні бойових дій, зростає майже вдвічі.

Повномасштабна війна в Україні несе не лише видимі руйнування та загибель людей, а масово уражує психічне здоров'я неповнолітніх українців, і з кожним днем кількість дітей, які відчуватимуть ці наслідки, зростатиме [11]. Діти, які від початку війни і досі перебувають у гарячих точках і на тимчасово окупованих територіях, переживають як гострий та хронічний стресовий розлад, так і комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР), який найяскравіше проявиться, коли зникне пряма загроза життю. Травматичний стрес має важливий вплив на нормальний розвиток мозку. Виявлені зміни в структурних і функціональних зв'язках між мережами мозку, особливо від префронтальної (виконавча функція) до лімбічних ділянок, таких як гіпокамп (пам'ять) і мигдалеподібне тіло (емоції) [11,38].

Слід зазначити, що діти-біженці та переселенці мають підвищений ризик психологічних проблем після міграції та переселення, що підкреслює важливість належного спостереження за їхнім психічним здоров'ям та забезпечення мереж соціальної підтримки [39]. В умовах воєнного часу діти як ніколи потребують допомоги сімейного лікаря щодо раннього розпізнавання симптомів ПТСР та надання їм ефективних

рекомендацій. Згідно з наказом МОЗ України № 121 від 23.02.2016, програма підготовки лікарів, які надають первинну медичну допомогу, має включати питання засвоєння практичних методів розпізнавання та діагностики ПТСР [24].

Наразі немає «золотого стандарту», відповідно до якого можна було б забезпечити раннє виявлення підозри щодо до ПТСР та спрямувати таких дітей на консультацію до лікаря-психолога дитячого для поглибленого оцінювання і вирішення питання про необхідність отримання допомоги. Обмеженість часу огляду дітей із групи ризику не дає змоги оцінити вірогідність розвитку ПТСР з використанням складних чутливих і специфічних тестів. У зв'язку з цим виникає необхідність впровадження скринінгового обстеження для раннього розпізнавання ПТСР у дітей із групи ризику з урахуванням їхнього віку та терміну події. У вітчизняній та зарубіжній практиці немає клінічних рекомендацій щодо ведення дітей та підлітків з ПТСР, призначених для спеціалістів амбулаторної практики.

Мета дослідження — поліпшити якість життя дітей в умовах воєнного часу шляхом раннього розпізнавання симптомів ризику розвитку ПТСР і підвищення обізнаності лікарів первинної медичної допомоги щодо цього стану та координації надання медико-психологічної допомоги.

Нова версія міжнародної класифікації хвороб «МКХ-11» у розділі «Розлади, безпосередньо пов'язані зі стресом» включає «ПТСР» (6B40) і «комплексний ПТСР» (6B41). Діагнози МКХ-11 — ПТСР і КПТСР — можуть зустрічатись у представників усіх вікових категорій, у тому числі в дітей та підлітків. ГСР нині видається як нормальна реакція, у зв'язку з цим класифікується в розділі «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я». Ця категорія сприймається як легітимна мета для клінічних інтервенцій, але не визначена як психічний розлад [14,17]. ПТСР — віддалена реакція на травматичну подію і проявляється через деякий час після травми — у середньому через 2–6 місяців після травмувальної події. КПТСР зазвичай є наслідком тривалого впливу переживань, прояви можуть з'явитись як через 6 місяців після травмувальної події, так і через 5–10 років. При цьому критерії діагностики КПТСР не потребують повторного досвіду травми [8].

За час воєнних дій на території України кількість дітей, які пережили ті чи інші жахи війни і були евакуйовані або перебувають в умовно безпечній зоні, зараз можуть переживати як ГСР, так і ПТСР та КПТСР.

Гострий стресовий розлад — це адаптаційний механізм психіки для прийняття нових обставин і пережитого травматичного досвіду. Основні ознаки ГСР:

- загальний регрес у розвитку дитини/підлітка. Наприклад, відсутність інтересу до шкільних занять, замкненість;
- брак інтересу до комунікації з однолітками;
- зниження уваги, лабільна емоційна сфера (стрибки настрою);
- надмірна прив'язаність до батьків — дитина буквально «висить» на вас (йдеться про дошкільнят);
- дитина вигадує і спілкується з уявними друзями — захисниками [16,22].

Слід зазначити, що, за даними Американської психіатричної асоціації (DSM-5), ГСР концептуалізується як гостра стресова реакція, яка не вимагає наявності специфічних груп синдромів, потрібна присутність певної кількості симптомів повторного переживання, уникнення, збудження. Ці симптоми свідчать про адекватну адаптаційну реакцію організму на травматичну подію. Дитина не потребує лікування, якщо вона вже в безпеці [2].

Посттравматичний стресовий розлад — віддалена реакція на травму. Вона розвивається унаслідок виснаження адапційних резервів організму, збою емоційно-вольових механізмів. В екстремальній ситуації системи функціонують у посиленому режимі — активізується фаза опору. Власне ставлення, страх, приниження, біль витісняються зі свідомості, оскільки сприяють виживанню. Через певний проміжок часу захисні механізми виснажуються, переживання актуалізуються, трансформуючись у нав'язливі враження, кошмарні сни, напругу, тривожність, депресію [4].

МКХ-11 пропонує діагностику ПТСР, зведену до основних симптомів у кластерах повторного переживання, уникнення та підвищення збудження:

- повторні переживання травматичної події в цей час у вигляді яскравих нав'язливих спогадів, що супроводжуються страхом або жахом, флешбеками або нічними кошмарами;
- уникнення думок і спогадів про подію або уникнення діяльності чи ситуацій, що нагадують подію;

- надмірне фізіологічне збудження (безсоння, пов'язане з напливом неприємних спогадів про травматичну подію); відчуття загрози, що зберігається у вигляді настороженості або посилення реакцій переляку.

Симптоми виникають протягом 6 місяців після травматичної події. При цьому між дією стресора та виникненням клінічних проявів може спостерігатися латентний період не менше одного місяця. Симптоми тривають не менше кількох тижнів і спричиняють значне поширення функціонування [13].

На думку вчених Великої Британії, посттравматичні когнітивні функції відіграють важливу роль у розвитку та персистенції ПТСР у дітей і підлітків, тому їхня функція в рамках діагностики ще потребує уточнення [29].

Для посттравматичних розладів характерне існування тригерів. Тригери можуть провокувати появу флешбеків, нав'язливих думок та нічні кошмари. Найчастіше тригери пов'язані з пережитими у минулому травматичними подіями. При виникненні флешбеку можуть спостерігатися такі зовнішні ознаки:

- ригідність м'язів рук чи ніг, стискання кулаків, ознаки нервового збудження (зміна ритму дихання, посилене потовиділення, почервоніння обличчя), зміна виразу обличчя;
- відчужений, порожній погляд, втрата орієнтації в просторі, дивна і незвичайна поведінка, раптові і незрозумілі в тій ситуації прояви агресивності, страху чи бажання піти, спутане мовлення, аутизм чи раптова зміна в манері говорити, стан, що нагадує транс (ритмічне розгойдування тіла) [20].

У разі розвитку ПТСР більшість дітей майже одразу скаржаться на повторювальні нав'язливі думки про подію. У перші декілька тижнів часто спостерігається порушення сну, у тому числі нічні кошмари (коли зміст не обов'язково можна сформулювати або не обов'язково пов'язати з психотравматичною подією), страх темряви, страх перед сном і можливістю кошмару і прокидання посеред ночі, страх розлуки. Поширеними є дратівливість, гнів та агресія. Багато дітей молодшого шкільного віку здатні сформулювати бажання розповісти про власний досвід, але вони також відзначають, що їм складно говорити про те, що сталося з батьками та однолітками. Діти часто повідомляють і демонструють труднощі в концентрації уваги і пам'яті. Вражає надмірна пильність дітей щодо

небезпеки в їхньому середовищі (у тому числі підвищена обізнаність про травми зі ЗМІ). Наявність двох і більше симптомів свідчить про посттравму, але ще не про діагноз (ГСР або ПТСР) [21].

Одна з основних відмінностей між КПТСР та ПТСР пов'язана з причиною їхнього виникнення. ПТСР виникає в результаті одиначної травмувальної події, тоді як КПТСР розвивається, коли дитина зазнає психологічного травмування протягом тривалого часу. При КПТСР насильство частіше є причиною травми, ніж при ПТСР. Окрім трьох груп симптомів ПТСР («повторне переживання», «уникнення» та «почуття загрози»), КПТСР включає три додаткові кластери симптомів:

- емоційна дисрегуляція (хронічне занепокоєння, дратівливість, стійка ненависть до себе й інших людей, нездатність відновити емоційну рівновагу після невисоких негативних впливів із боку внутрішнього або зовнішнього середовища);
- порушення почуття власної гідності — «негативний образ Я»;
- порушення у відносинах (міжособистісні проблеми).

КПТСР можна розпізнати, коли паралельно дають збій різні системи організму [8].

Симптоми ПТСР і КПТСР проявляються по-різному, ніж у дорослих, особливо в дітей дошкільного віку.

У віці до 3 років (на довербальному рівні розвитку) дитина виявляє власні емоції плачем або відхиленнями в поведінці. У присутності того, хто завдав їй шкоди, вона плаче чи замирає в стані надпильності. Дитина виявляє симптоми тривожної прихильності до рідних (чіпляється за них у присутності сторонніх, тривожиться або сердиться, якщо її розлучають із ними, боїться залишитися одна). Депресивний стан виражається тривалим монотонним плачем, апатією, втратою інтересу до людей, іграшок тощо). Регресія в розвитку проявляється, наприклад, поверненням до смоктання (коли дитина вже почала їсти тверду їжу) або втратою бажання ходити. Аутоагресія — у вириванні волосся, дряпанні себе, кусанні нігтів до крові, заданні собі ударів; дитина може ударятися головою об стіну. У дитини з'являються проблеми зі сном (кошмари, відмова спати без дорослих або в темряві, труднощі із засинанням, безсоння або часте пробудження вночі). Прокинувшись, дитина може кричати і плакати

або мовчки дивитись у стелю (цей симптом слід вважати більш тривожним, ніж крики та плач). Вона відмовляється від їжі або, навпаки, поглинає надмірну кількість їжі [31].

Дитина від 3 до 6 років вже здатна розповісти про те, що з нею трапилося, і про власні потреби, але їй складно висловити емоції. Посттравматичні дисоціативні симптоми можуть виявлятися формою мутизму. Специфічним для дітей симптомом ПТСР є відігравання травм у повторюваних іграх або малюнках, відхід в уявний світ. Можуть з'явитися страхи, які мають зв'язок із травмувальною подією (наприклад, страх тварин, монстрів, незнайомих людей). Прокинувшись уночі, дитина боїться заснути. Регресія може виявлятися в енурезі, смоктанні пальця, дитячому белькотінні замість мовлення, надмірній залежності від старших, втраті самостійності, пошуку захисту. Розлади харчової поведінки можуть проявлятися зниженням апетиту або підвищенням апетитом із надмірною пристрастю до солодощів [30].

У дітей шкільного віку можуть виявлятися ті самі симптоми, що і в дітей молодшого віку. Однак школярі більш здатні зрозуміти всю тяжкість і передбачити можливі негативні наслідки. Частіше, ніж діти молодшого віку, мають депресивні симптоми. У цьому віці діти вже здатні усвідомити власну безпорадність стосовно агресора або вважати себе винуватцем того, що сталося, із втратою самоповаги або почуттям провини, з'являється бажання помститися агресору, що може виявлятися в агресивних діях або в символічній формі лише на рівні гри. У деяких дітей з'являються симптоми депресії, генералізованої тривожності. Симптоми дисоціації (відчуття сну наяву, відчуття роздвоєння особистості або перебування поза власним тілом, стан відстороненого спостереження за самим собою). Вони мають труднощі з прийняттям рішень, у них частіше, ніж у дорослих, проявляється агресія, аутоагресія та самошкодження (наприклад, нанесення собі порізів), антисоціальна або суїцидальна поведінка, схильність до ризику (вживання психоактивних речовин, екстремальний спорт, небезпечне керування транспортними засобами тощо), провокативна поведінка. Проблеми зі сном частіше проявляються надмірною сонливістю, що може бути формою регресії або прагненням уникнути реальності. У дітей цього віку часто спостерігається анорексія або булімія, що може призводити до виснаження чи ожиріння [7,36].

Сучасні дослідження свідчать, що використання скринінгової діагностики сприяє ранньому виявленню проблем у розвитку дітей та дає змогу своєчасно визначати маршрут надання медичної допомоги [15]. Скринінг — метод активного виявлення осіб із певною патологією або факторами ризику її розвитку, який заснований на застосуванні спеціальних діагностичних досліджень у процесі масового обстеження [34]. Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує використання скринінгу розвитку дітей перших років життя для раннього виявлення порушень розвитку та підвищення ефективності корекційних стратегій. Але слід відмітити, що це можливо тільки за наявності стандартного підходу до виявлення відхилень і оцінювання отриманих результатів та підготовленого медичного персоналу. При цьому методи, які необхідно застосовувати під час скринінгових обстежень, мають бути досить простими, надійними та нескладними в проведенні і достатньо швидкими у використанні [18].

Лікарі первинної ланки охорони здоров'я повинні мати інформацію щодо найбільш ефективних і специфічних скринінгових методик, які б дали змогу виявляти дітей з можливою підозрою на порушення та спрямовувати на поглиблений скринінг до лікаря-психолога дитячого.

Багато дітей, які перебувають у зоні бойових дій, страждають від короткотривалих і довготривалих негативних наслідків. Особливо чутливими до травмувальних подій є діти дошкільного віку. Часто рідні дітей пропускають момент появи таких подій і звертають увагу, тільки коли розвивається ПТСР. Лікарі первинної ланки охорони здоров'я повинні мати інформацію щодо дітей дошкільного віку, які перебувають у зоні бойових дій, проводити скринінговий тест на наявність постраждалих і визначати характер травмувальних подій. Для цього доцільно проводити домашнє телеконсультування з використанням телефонного зв'язку, відеозв'язку, мережі інтернет.

У разі позитивних результатів дитину дошкільного віку має оглядати сімейний лікар та проводити скринінг — діагностику з урахуванням періоду появи симптомів та вираженості клінічної картини.

Дітям дошкільного віку, які перенесли травмувальну подію протягом останнього місяця, необхідно проводити короткий скринінг на наявність симптомів ГСР:

- регрес у розвитку або втрата раніше освоєних навичок;
- надмірна прив'язаність до батьків;
- стрибки настрою.

Ці прояви є адаптаційною реакцією організму і тривають протягом одного місяця. Якщо симптоми зберігаються понад один місяць і pojawiaються нові функціональні порушення, лікар первинної медичної допомоги повинен запропонувати дитині консультацію лікаря-психолога дитячого. Якщо симптоми ГСР слабо виражені і зберігаються не більше 4 тижнів після травмувальної події, то лікар має розглянути необхідність активного спостереження за дитиною, а також запланувати подальшу зустріч не пізніше одного місяця після звернення.

Проблеми розпізнавання ПТСР у дітей дошкільного віку пов'язані з обмеженістю їхніх вербальних можливостей, схильністю батьків недооцінювати симптоми дитини. Згідно з протоколом діагностики та терапії клінічного синдрому ПТСР і ключових положень рекомендацій NICE, лікарі мають визначати: характер психотравмувальної події, період до появи симптомів, вираженість клінічної картини [6]. Важливими аспектами клінічної картини в дітей дошкільного віку є зміни опозиційної поведінки, регресія або втрата раніше освоєних навичок (мовлення, користування туалетом), наявність нових страхів, не пов'язаних із травмувальною подією (наприклад, страх перед походом у туалет). У зв'язку з тим, що клінічні прояви ПТСР у дітей дошкільного віку характеризуються достатньою специфічністю, доцільно застосовувати скринінгові тести для раннього розпізнавання ПТСР. Під час проведення короткого скринінгу слід звертати увагу на:

- втрату раніш освоєних навичок;
- порушення сну або суттєві зміни в режимі сну;
- наявність негативних емоцій (стану провини, розгубленості, смутку);
- часті спогади про травмувальну подію, які підтверджуються відтворенням в іграх, снах, малюнках [33].

Зважаючи на те, що сильні або непереборні емоції, сильні фізичні відчуття і нав'язливі спогади займають центральні позиції в діагностиці ПТСР у дітей старшого віку, а при мережевому аналізі вони найбільше пов'язані з іншими функціями та системами [6], то коротке скринінгове оцінювання симптомів ризику розвитку ПТСР має включати конкретні питання про:

- повторне переживання подій (у тому числі флешбеки і нічні страхи);
- надмірне збудження (порушення сну, перебільшена лякливості, надмірна схильність щодо небезпеки в їхньому середовищі);
- уникнення або намагання уникнути тривожних спогадів, думок або почуттів, тісно пов'язаних із травмувальною подією.

Для підтвердження підозри в розвитку ПТСР достатньо двох позитивних скринінгових тестів.

Дітям, що перебувають у групі високого ризику розвитку ПТСР, рекомендовано скринінгове обстеження через один місяць після трагедії [27]. Первинний скринінг має проводити лікар первинної медичної допомоги на підставі безпосереднього медичного огляду, клінічного інтерв'ю з дитиною та її батьками, за потреби, з іншими особами з групи первинної підтримки [9,25].

Дітям-переселенцям і біженцям можна порадити використання короткого скринінгового інтерв'ю для виявлення ПТСР при їх зверненні по медичну допомогу [26].

Оцінюючи стан дітей, не слід покладатися лише на інформацію від батьків або опікунів, слід розпитувати їх безпосередньо про наявність симптомів. При першій зустрічі достатньо отримати загальне уявлення про травмувальну подію. Наполегливість в отриманні деталей на ранній стадії оцінювання може не лише бути болісним для дитини, але й мати антитерапевтичний ефект [21].

Якщо травмувальна подія мала вплив на всю сім'ю, то страждати на ПТСР може більше ніж один член сім'ї. У такому разі працівники охорони здоров'я повинні забезпечити ефективну координацію допомоги усім членам сім'ї [27].

Остаточна діагностика ПТСР має проводитися виключно лікарем-психологом дитячим на підставі клініко-діагностичних досліджень, інтерв'ю з дитиною, батьками дитини з використанням науково обґрунтованих методів дослідження [24].

У географічно віддалених регіонах відповідальність за дітей з ГСР та ПТСР повинні нести виключно лікарі первинної медичної допомоги. Їхня роль передбачає проведення короткого скринінгу, оцінювання стану, загальні психологічні втручання, такі як психологічна освіта, управління збудженням, а також, за можливості, спрямування дитини до відповідного уповноваженого спеціаліста з психічного здоров'я, який повинен призначати спеціалі-

зоване психологічне лікування і постійне консультування дітей/підлітків, батьків і лікаря первинної медичної допомоги [21]. На сьогодні це стало можливим завдяки телемедицині (дистанційне телеконсультування, телемедичне консультування).

Під час надання допомоги у відділенні невідкладної допомоги дитині, яка пережила травматичну подію, працівники служби швидкої допомоги мають інформувати батьків або опікунів про можливість розвитку ПТСР, коротко описувати можливі симптоми (наприклад, порушення концентрації уваги та дратівливості) і пропонувати контактування з сімейним лікарем, якщо симптоми триватимуть більше одного місяця.

У дітей, які звертаються по надання першої медичної допомоги з повторювальними неспецифічними проблемами фізичного здоров'я, лікар первинної медичної допомоги має проводити скринінг-тестування стосовно того, чи піддавалася дитина впливу травмувальних подій з описом впливу цих подій [26].

Проведення консультування сімейним лікарем щодо використання психологічних технік управління спрямоване на зменшення симптомів збудження та усунення наслідків тривожних симптомів, що впливають на показники якості життя. При цьому основними компонентами управління стресом є навчання релаксації, управління диханням (антистресове дихання), методам відволікання, які зупиняють негативні думки [25].

Висновки

Життєво важливими на сучасному етапі, коли тривають воєнні дії, є раннє розпізнавання симптомів ризику різних проявів ПТСР у дітей та координація надання медико-психологічної допомоги для усунення можливих негативних наслідків у майбутньому.

Під час планування раннього розпізнавання слід включати питання застосування скринінгового обстеження дітей, які входять до групи підвищеного ризику отримання ПТСР.

Лікарі первинної медичної допомоги повинні мати інформацію щодо дітей дошкільного віку, які перебувають у зоні бойових дій. Рекомендовано проводити скринінговий тест на наявність постраждалих та визначати характер травматичних подій. Скринінгове тестування слід проводити при масовому обстеженні дітей з використанням домашнього телеконсультування.

Дітям дошкільного віку, які перенесли травматичну подію протягом останнього місяця, показано коротке скринінгове обстеження на наявність симптомів ГСР. У разі збереження двох і більше симптомів понад один місяць і появи нових функціональних порушень рекомендовано консультацію лікаря-психолога дитячого. При збереженні слабо виражених симптомів не більше одного місяця після травматичної події слід розглянути необхідність активного спостереження за дитиною, запланувати подальшу зустріч не пізніше одного місяця після звернення.

Дітям, що перебувають у групі високого ризику розвитку ПТСР, рекомендовано скринінгове обстеження через один місяць після трагедії на підставі безпосереднього огляду дитини

та клінічного інтерв'ю з дитиною та її батьками.

Переселенцям та біженцям рекомендовано використання скринінгового інструменту для виявлення симптомів ризику ПТСР при їх зверненні по медичну допомогу.

Для підтвердження підозри в розвитку ПТСР достатньо двох позитивних скринінгових тестів. Дітей, які отримали позитивні результати скринінгу, необхідно скерувати до лікаря-психолога дитячого для поглибленого обстеження.

Раннє проведення короткої скринінгової оцінки симптомів розвитку ПТСР у дітей, своєчасне вирішення питання надання медико-психологічної допомоги сприятимуть поліпшенню якості їхнього життя в умовах воєнного стану.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

- Agbaria H, Petzold S, Deckert A et al. (2021). Prevalence of post-traumatic stress disorder among Palestinian children and adolescents exposed to political violence: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 16 (8): e0256426. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256426>.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Astitene K, Barkat A. (2021). Prevalence of posttraumatic stress disorder among adolescents in school and its impact on their well-being: a cross-sectional study. *Pan African Medical journal*. 39: 54. URL: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/39/54/full>. doi: 10.11604/pamj.2011.39.39.54.27419.
- Bartels L, Berliner L, Holt T et al. (2019). The importance of the GSM-5 PTSD syndrome of cognitions and mood in traumatized children and adolescents: TWO network approaches. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. 60: 545–554. doi: 10.1111/jcpp.13009.
- Charnsil C, Narkpongphun A, Chailangkarn R et al. (2020). Post-traumatic stress disorder and related factors in students whose school burned down: Cohort study. *Asian Journal of Psychiatry*. 51: 102004. URL: <https://www.elsevier.com/locate/ajp>. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102004.
- Cisler JM. (2017). Childhood trauma and functional connectivity between amygdala and medial prefrontal cortex: A dynamic functional connectivity and large-scale network perspective. *Frontiers in Systems Neuroscience*. 11: 29. <https://doi.org/10.3389/fnys.2017.00029>.
- De Young AC, Kenardy JA, Cobham V. (2021). Trauma in early childhood: a neglected population. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 14 (3): 231–250. doi: 10.1007/s10567-011-0094-3.
- Elliott R, McKinnon A, Dixon C et al. (2021). Prevalence and predictive value of ICD-11 post-traumatic stress disorder and Complex PTSD diagnoses in children and adolescents exposed to a single-event trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 62/3: 270–276. doi: 10.1111/jcpp.13240.
- Grant BR, O'Loughlin K, Holbrook HM, Althoff RR et al. (2020). A Multi-method and Multi-informant Approach to Assessing Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Children. *Int Rev Psychiatry*. 32 (3): 212–220. doi:10.1080/09540261.2019.1697212.
- Hanuzyn VM. (2021). Vliyanye psyhotravmyuiushchykh faktorov v detskom y podrostkovom vozraste na ykh zhyznennuiy paradymu. *Praktycheskaia medytyna*. 19 (6): 26–31. [Ганузин ВМ. (2021). Влияние психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте на их жизненную парадигму. *Практическая медицина*. 19 (6): 26–31]. doi: 10.32000/2072-1757-2021-6-26-31.
- Herrington RI, Burghy CA, Stodola GE et al. (2016). Enhanced prefrontal amygdala connectivity following childhood adversity as a protective mechanism against internalizing in adolescence. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 1: 326–334. doi: 10.1016/j.bpsc.2016.03.003.
- Jaffe SR. (2017). Child maltreatment and risk for psychopathology in childhood and adulthood. *Annual Review of Clinical Psychology*. 13: 525–521. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005.
- Karavaeva TA, Vasyleva AV. (2022). Reaktsyy na tiazhelyi stress y narusheniya adaptatsyy v kn. «Taktika vracha-psykhiatra: prakticheskoe rukovodstvo» Moskva: HEOTAR-Medya: 127–135. [Караваяева ТА, Васильева АВ. (2022). Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации в кн. «Тактика врача-психиатра: практическое руководство» Москва: ГЕОТАР-Медиа: 127–135].
- Kazlauskas E, Evaldas L, Lorenz P et al. (2017). A coning review of ICD-11 adjustment disorder research. *European Journal of Psychotraumatology*. 8 (7): 1421819. doi: 10.1080/20008198.2017.1421819.
- Kashina-Yarmak VL, Kukuruza AV, Tsilyurik SM. (2022). Modern approaches to identifying developmental delays of young children in medical practice. *Modern Pediatrics. Ukraine*. 6 (126): 75–81. [Кашина-Ярмак ВЛ, Кукуруза ГВ, Цилюрик СМ. (2022). Сучасні підходи до виявлення порушень розвитку дітей раннього віку в медичній практиці. *Сучасна педіатрія. Україна*. 6 (126): 75–81]. doi: 10.15574/SP.2022.126.75.
- Lancaster GA, Mc Cray G, Kariger P et al. (2018). Creation of the WHO Indicators of Identifying Infants and Young child Development (NCG): meta-data synthesis across 10 countries. *BMJ glob Health*. 3: e000747. doi: 10.1136/bmjgh-2018-000747.
- Mauro C, Reynolds CF, Maercker A et al. (2019). Prolonged grief disorder: clinical utility of ICG-11 diagnostic guidelines. *Psychol Med*. 49 (5): 861–867. doi: 10.1017/s0033291718001563.
- Mazo A, Waddell M, Raddats Y et al. (2021). Screening for acute traumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder in pediatric trauma patients: a pilot study.

- Journal of Trauma Nursing. 28 (4): 235–242. doi: 10.1097/JTN.0000000000000591.
19. Memarzia J, Walker J, Meiser–Stedman R et al. (2021). Psychological peritraumatic risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*. 282: 1036–1047. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.016>.
 20. Micallef J, Soubrouillard C, Guet F et al. (2001). A double blind parallel group placebo controlled comparison of sedative and mnesic effects of etifoxine and lorazepam in healthy subjects [corrected]. *Fundam Clin Pharmacol*. 15 (3): 209–216. doi: 10.1046/j.1472-8206.2001.00025.x.
 21. Mif-ua. (2016). Posttraumatychnyistresovyrozhad. Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh. [Mif-ua. (2016). Посттравматичний стресовий розлад. Адапована клінічна настанова, заснована на доказах]. URL: <https://www.mif-ua.com/archive/article/42945>.
 22. Molchanova ES. (2014). Posttraumatycheskoe stressovoe y ostroe stressovoe rasstroictvo v formate DSM-V: vneshennye yzmeneniya y prezhyne problemy. *Medytsynskaia psykholohiya v Rossyu: elektron.nauch.zhurn*. T1 (24): 2. [Молчанова ЕС. (2014). Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внешние изменения и прежние проблемы. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. T1 (24): 2]. URL: <http://mprj.ru>.
 23. Morina N, Koerssen R, Pollet TV. (2016). Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Clinical Psychology Review*. 47: 41–54. doi: 10.1016/j.cpr.2016.05.006.
 24. MOZ Ukrainy. (2016). Pro zatverdzhennia ta vprovadzhennia medyko-tehnologichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy pry posttraumatychnomu stressovomu rozladi. Nakaz MOZ Ukrainy vid 23.02.2016 r. No. 121. [МОЗ України. (2016). Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі. Наказ МОЗ України від 23.02.2016 р. №121].
 25. MOZ Ukrainy. (2019). Unifikovanyiklinichniyprotokolpervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi vysokospetsializovanoi medychnoi dopomohy. «Reaktsiia na vazhkyi stres ta rozlady adaptatsii. Posttraumatychnyi stresovyi rozlad». Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy 23.02.2016 No. 121. Perehliano 2019 r. [МОЗ України. (2019). Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної високоспеціалізованої медичної допомоги. «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». Наказ Міністерства охорони здоров'я України 23.02.2016 № 121. Переглянуто 2019 р.].
 26. NICE. (2015). Protokol z diahnostryky ta terapii PTSR Natsionalnoho institutu klinichnoi maisternosti Velykobrytanii Lviv. [NICE. (2015). Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії. Львів]. URL: <https://docplayer.net/74691729-Protokol-z-diaagnostiki-ta-terapiyi-ptsr-nacionalnogo-institutu-klinichnoi-maisternosti-velikobritaniyi-nice.html>.
 27. NICE. (2018). Rekomendatsii shchodo vedennia osib iz posttraumatychnym stresovym rozladom Nastanova Natsionalnoho institutu zdorovia i klinichnoho vdoskonalennia Velykoj Brytanii. [NICE. (2018). Рекомендації щодо ведення осіб із посттравматичним стресовим розладом. Настанова Національного інституту здоров'я і клінічного вдосконалення Великої Британії]. URL: <https://www.nice.org.uk>.
 28. Osvitoria. (2022). PTSR chy hostryi stresovyi rozlad: yak rozpoznavaty i dopomogty. [Освіторія. (2022). ПТСР чи гострий стресовий розлад: як розпізнати і допомогти]. URL: <https://osvitoria.media/opinions/u-dytyni-ptsr-chy-gostryi-stresovyi-rozlad-yak-rozpiznati-i-dopomogty>.
 29. Özkur E, Kivanç Altunay İ, Aydın Ç. (2020, Apr). Psychopathology among individuals seeking minimally invasive cosmetic procedures. *J Cosmet Dermatol*. 19(4): 939–945. doi: 10.1111/jocd.13101. Epub 2019 Aug 14. PMID: 31411377.
 30. Schnurr P, Friedman MJ, Engel CC et al. (2007). Cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress disorder in women. *JAMA*. 297: 820–830. doi:10.1001/jama.297.8.820.
 31. Schnurr P, Friedman MJ, Foy DW et al. (2003). Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*. 60: 481–489. doi: 10.1001/archpsyc.60.5.481.
 32. Stanton K, Denietolis D, Goodwin BJ et al. (2019). Childhood Trauma and Psychosis: An Updated Review. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 29 (1): 115–129. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.004>.
 33. Steadyhealth. (2021). Posttraumatycheskoe stressovoe rasstroictvo (PTSR) u detei do 6 let: prychyni, symptomii. [Steadyhealth. (2021). (Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у детей до 6 лет: причины, симптомы]. URL: <https://www.steadyhealth.com/ru/stati/posttraumatichenskoi-stressovoe-rasstroystvo-ptsr-u-detei-do-6-let-prichiny-simptomy-diagnostika-i-lechenie>.
 34. Thomas RE, Spragins W, Mazloum et al. (2016). Rates of detection of developmental problems at the 18-month well-baby visit by family physicians using four evidence-based screening tools compared to usual care: a randomized controlled trial. *Child Care Health Dev*. 42 (3): 382–393. doi: 10.1111/cch.12333. PMID: 27061302.
 35. Vilaplana A, Sidorchuk A, Petez–Vigil A et al. (2020). Assessment of Posttraumatic Stress Disorder and Educational Achievement in Sweden. *JAMA Network Open*. 3 (12): e2028477. doi: 10/1001/jamanetworkopen.2020.28477.
 36. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L et al. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 74 (6): e541–e550. doi: 10.4088/JCP.12r08225.
 37. Weems CF, Russell JD, Neill EI et al. (2018). Annual Research Review: Pediatric posttraumatic stress disorder from a neurodevelopmental network perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn). Washington, DC: Author. doi: 10.1111/jcpp.12996.
 38. Weems CF. (2017). Severe stress and the development of the amygdala in youth: A theory and its statistical implications. *Developmental Review*. 46: 44–53. doi: 10.1037/amp.0000780.
 39. Yektas C, Erman H, Tufan AE et al. (2021). Traumatic experiences of conditional refugee children and adolescents and predictors of post-traumatic stress disorder: data from Turkey. *Nordic Journal of Psychiatry*. 75; 6: 420–426. doi: 10.1080/08039488.2021.1880634.

Відомості про авторів:

Мокія–Сербіна Світлана Олексівна — д. мед. н., професор, кафедри педіатрії, сімейної медицини та клінічної лабораторної діагностики. «Дніпровський медичний університет». Адреса: м. Кривий Ріг, 50082, вул. С.Колачевського, 55. Тел. 0965505583 mokia.s.v@gmail.com

Заболотня Наталія Іванівна — асистент кафедри педіатрії, сімейної медицини та клінічної лабораторної діагностики. «Дніпровський медичний університет». Адреса: м. Кривий Ріг, вул. С.Колачевського, 55. Тел. 0679164856 natalia5090@ukr.net

Мавропуло Марія Іванівна — студентка Дніпровського медичного університету. Адреса: м. Дніпро, вул. Кониського, 125. Тел. 0999161126 mavropulotk@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 10.03.2023 р., прийнята до друку 16.05.2023 р.